

Helena Aldén-Nieminen
Susanna Raulio
Satu Männistö
Elina Laitalainen
Merja Suominen
Ritva Prättälä

Ikääntyneiden suomalaisten ateriointi

Ruokapalveluiden seurantaraportti 3

RAPORTTI



Kansanterveyslaitoksen¹, Stakesin¹, Sydänliiton ja Työterveyslaitoksen joukkoruokailuhankkeessa on aiemmin julkaistu raportit Työaikainen ruokailu Suomessa – Kolmen valtakunnallisen seurantatutkimuksen tuloksia (Raulio ym. 2004) ja Suomalaisnuorten kouluaikainen ateriointi. Ruokapalveluiden seurantaraportti 2 (Raulio ym. 2007).

Joukkoruokailutyöryhmän kokoonpano vuosina 2008–2009:

Pääsihteeri Raija Kara
Kaisa Kukkonen 8.9.-31.12.2008
Ravitsemusasiantuntija Pirjo Koivisto
Kehittämispäällikkö Marjaana Lahti-Koski
Dosentti Jaana Laitinen
Yliopettaja Enni Mertanen
Ylilääkäri Kristiina Mukala
Erikoistutkija Merja Paturi
Erikoistutkija Minna Pietikäinen
Projektisuunnittelija Merja Suominen
Dosentti Ritva Prättälä
Tutkija Susanna Raulio
Tutkija Helena Aldén-Nieminen 1.8.-31.12.2008

Valtion ravitsemusneuvottelukunta
Valtion ravitsemusneuvottelukunta
Suomen Sydänliitto ry
Suomen Sydänliitto ry
Työterveyslaitos
Jyväskylän ammattikorkeakoulu
Puolustusvoimat
Kansanterveyslaitos¹
Stakes¹
Ravitsemuskuntoutus
Kansanterveyslaitos¹
Kansanterveyslaitos¹
Kansanterveyslaitos¹

— — —
¹1.1.2009 alkaen Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL)

Raportti 7|2009

©Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

<http://www.thl.fi>

ISBN 978-952-245-022-7 (painettu)

ISBN 978-952-245-023-4 (verkkojulkaisu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISSN 1798-0089 (verkkojulkaisu)

Kannen kuva - cover graphic: Kirsi Laaksonen, kuvan manipulaatio Riitta Nieminen

Yliopistopaino

Helsinki 2009

Helena Aldén-Nieminen, Susanna Raulio, Satu Männistö, Elina Laitalainen, Merja Suominen, Ritva Prättälä
Ikääntyneiden suomalaisten ateriointi – Ruokapalveluiden seurantaraportti 3
Terveys ja hyvinvoinnin laitos — Raportti 7|2009, x sivua
ISBN 978-952-245-022-7 (painettu) ISBN 978-952-245-023-4 (verkkojulkaisu)
ISSN 1798-0070 (painettu) ISSN 1798-0089 (verkkojulkaisu)

TIIVISTELMÄ

Laadukas ja monipuolinen ravinto on tärkeä osa ikääntyneiden elämän laatua ja arjessa selviytymistä. Hyvällä ravitsemuksella voidaan turvata elimistön tarpeet, varautua stressi- ja sairaustilanteisiin, ehkäistä tai siirtää sairauksien syntymistä sekä tuottaa iloa elämään ja parantaa elämän laatua. Säännöllisen aterioinnin rutiinit tuovat turvaa ja jatkuvuutta arkeen ja rytmittävät päivää ja ne myös luovat parhaimmillaan mahdollisuuksia sosiaalisiin kontakteihin.

Ruokapalveluiden merkitys muidenkin kuin eläkeikäisten ravitsemuksessa on laajasti tunnustettu, mutta Suomesta puuttuu kuitenkin sitä koskeva järjestelmällinen ja vakiintunut arviointi. Sydänliiton kokoama asiantuntijaryhmä teki vuonna 2001 ehdotuksen joukkoruokailun seurantajärjestelmästä ja ruokapalveluiden seurannan valmistelua on siitä alkaen jatkettu Työterveyslaitoksen, Sydänliiton, Stakesin¹ ja Kansanterveyslaitoksen¹ yhteistyönä. Työryhmän kahdessa aiemmassa raportissa on esitelty suomalaisten työaikaista ateriointia ja nuorten koulu aikaista ateriointia. Tässä hankkeen kolmannessa raportissa on analysoitu eläkeikäisten suomalaisten ateriointia.

Raportin tulokset perustuvat Kansanterveyslaitoksen¹ Terveys 2000 -tutkimukseen (T2000) ja Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -tutkimuksiin (EVTK) vuosilta 2000-2005. Tämän selvityksen kohteena olivat yli 65-vuotiaat suomalaiset ja analyysit suoritettiin kahdessa ikäryhmässä, 65-79-vuotiaat ja yli 80-vuotiaat. Raportissa selvitettiin ikääntyneiden kotona asuvien suomalaisten ateriajärjestystä ja ateriapalveluiden käyttöä. Tarkoituksena oli kuvata erilaisten ateriointitapojen yleisyyttä ja niiden vaihtelua eri taustatekijöiden mukaan. Lisäksi selvitettiin, onko ateriajärjestyksellä yhteys ruokavalion laatuun.

Tutkittavien terveys ja toimintakyky olivat huonompia vanhemmassa ikäryhmässä, yleisimmät ruokaan liittyvät toimintakykyongelmat olivat vaikeudet ostokassin kantamisessa ja ruoanvalmistamisessa.

Tutkituista yli 90 % söi aamupalan. Yhden lämpimän aterian rytmi oli yleinen erityisesti nuoremmassa ikäryhmässä. Nuorempaan ikäryhmään kuuluvista miehistä yhden

¹ 1.1.2009 alkaen Terveys ja hyvinvoinnin laitos (THL)

lämpimän aterian päivässä söi 64 % miehistä ja naisista 68 % ja vanhemmassa ikäryhmässä 54 % miehistä ja 65 % naisista. Niiden osuus, jotka söivät sekä lämpimän lounaan että päivällisen, lisääntyi iän myötä. Perinteistä ateriarjestystä (aamupala, lämmin lounas ja lämmin päivällinen) noudatti vanhemmassa ikäryhmässä noin 40 % ja nuoremmassa ikäryhmässä vastaavasti noin 30 %. Matalasti koulutetut, jonkun kanssa asuvat, pitkäaikaissairaat, terveytensä huonoksi kokevat, ja sellaiset tutkittavat, joilla oli vaikeuksia ostoskassin kantamisessa, kaupassa asioimisessa tai ruoanvalmistamisessa, söivät perinteisemmin kuin muut.

Koulutus, asumismuoto, terveys ja toimintakyky olivat yhteydessä kasvien päivittäiseen käyttöön. Vähän koulutetut, yksin asuvat, terveytensä huonoksi kokeneet ja toimintakyvyn ongelmia ilmoittaneet söivät harvemmin kasviksia kuin muut. Myös ateriarjestyksen ja kasvien päivittäiskäytön välillä oli yhteys. Perinteistä ateriarjestystä noudattavien keskuudessa kasvien päivittäinen käyttö oli yleisempää kuin muuta ateriarjestystä noudattavien keskuudessa.

Ateriarjestyksen yhteydet ruoankäyttöön ja ravinnonsaantiin olivat vähäisiä. Silloin kun yhteyksiä havaittiin, ne viittasivat siihen, että perinteistä kahden lämpimän aterian järjestystä noudattavat ikääntyneet söivät ylipäänsä enemmän ja tämän vuoksi myös saivat ruoastaan enemmän energiaa.

Kotiateriapalveluiden käyttö oli selvästi yleisempää vanhemmassa ikäryhmässä, niitä käytti noin 25 % vanhempaan ikäryhmään kuuluvista, kun nuorempaan ikäryhmään kuuluvista miehistä niitä käytti vain 7 % ja naisista 4 %. Alemman koulutuksen saaneet, yksin asuvat, terveytensä huonoksi kokevat ja ne, joilla oli ruokaan liittyviä toimintakykyongelmia, käyttivät muita useammin ateriapalveluita. Ateriapalveluiden käyttö oli yhteydessä perinteiseen ateriarjestykseen.

Ikääntyneiden lukumäärän arvioidaan lähes kaksinkertaistuvan Suomessa vuoteen 2030 mennessä ja heille tarkoitettujen palvelujen tarve tulee lisääntymään. On tärkeää saada tietoa ikääntyneiden aterioinnista ja sen mahdollisista ongelmista valtakunnallisesti, jotta erilaisia ateriapalveluita voidaan kehittää ikääntyneiden omatoimisuutta tukeviksi ja henkilöiden omia voimavaroja hyödyntäviksi. Tämän vuoksi on kehitettävä ikääntyneiden ruoankäytön arviointiin paremmin sopivia menetelmiä.

Asiasanat: ikääntynyt, toimintakyky, ruoankäyttö, ravintoaineiden saanti, kotipalvelu, ateriapalvelu

Helena Aldén-Nieminen, Susanna Raulio, Satu Männistö, Elina Laitalainen, Merja Suominen, Ritva Prättälä

Måltidsmönster bland äldre finnar – Uppföljning av massbespisning, rapport 3

Institutet för hälsa och välfärd — Raport 7|2009, x sidor

ISBN 978-952-245-022-7 (painettu) ISBN 978-952-245-023-4 (verkkojulkaisu)

ISSN 1798-0070 (painettu) ISSN 1798-0089 (verkkojulkaisu)

SAMMANFATTNING

Maten spelar en viktig roll när det gäller den äldres fysiska, psykiska och sociala hälsa. En näringsrik mat ökar bl a kroppens beredskap mot stress och sjukdomar samt förbättrar livskvaliteten och förmågan att klara av vardagen. En stabil måltidsordning inger den äldre en känsla av trygghet och kontinuitet och erbjuder även en möjlighet till sociala kontakter.

Massbespisningens näringsmässiga betydelse för även andra åldersgrupper (än 65 år fyllda) är vida känd. Det saknas emellertid en etablerad uppföljning av massbespisning i Finland. År 2001 gav en expertgrupp (tillsatt av Hjärtförbundet) ett förslag om ett uppföljningssystem för massbespisning. Sedan dess har systemet för uppföljning av massbespisning planerats och vidareutvecklats inom expertgruppen i samarbete med Arbetshälsoinstitutet, Hjärtförbundet, Stakes¹ och Folkhälsoinstitutet¹. I expertgruppens två tidigare rapporter har den finländska befolkningens måltider under arbetstid samt finländska ungdomars måltider under skoltid kartlagts. I denna tredje rapport analyseras finländska hemmaboende pensionärers måltidsordning och användning av måltidsservice.

Rapportens resultat baserar sig på analyser av två undersökningar utgjorda mellan 2000 och 2005: 'Hälsa 2000' och 'Den pensionerade befolkningens hälsobeteende och hälsa (EVTK)'. Målgruppen för den här utredningen var 65 år fyllda finländare. Dessa indelades i sin tur i en yngre åldersgrupp (65-79 åringar) och en äldre åldersgrupp (80 år fyllda). I rapporten kartlades måltidsrytm och användning av måltidsservice. Avsikten var att beskriva äldres matvanor och hur bakgrundsfaktorer såsom ålder, utbildning, boende, hälsa och funktionsförmåga påverkar dessa. Dessutom utreddes om måltidsordningen har ett samband med kostens näringsmässiga kvalitet.

Personer som hörde till den äldre åldersgruppen hade som väntat sämre hälsa och funktionsförmåga än de som hörde till den yngre åldersgruppen. De vanligaste matrelaterade funktionsnedsättande faktorerna var att bära butikskasse och att tillreda mat.

Över 90 % av respondenterna åt morgonmål. Det var speciellt vanligt med ett varmt mål om dagen i den yngre åldersgruppen. Av den yngre åldersgruppen åt 64 % av männen och 68 % av kvinnorna, i den äldre åldersgruppen 54 % av männen och 65 % av kvinnorna ett varmt mål per dag. Andelen personer som åt både varm lunch och varm middag,

¹ Från 1.1.2009 Institutet för hälsa och välfärd (THL)

ökade med tilltagande ålder. Den traditionella måltidsordningen (två varma mål om dagen), var speciellt vanlig i den äldre åldersgruppen. 40 % av den äldre åldersgruppen och 30 % av den yngre åldersgruppen åt traditionellt. För övrigt åt följande personer oftare traditionellt än andra: personer med lägre utbildning, sammanboende, kroniskt sjuka, de som upplevde sig ha en dålig hälsa, de som hade svårigheter att bära sin butikskasse, att sköta sina butiksärenden eller att tillreda mat.

Ett samband mellan ett dagligt intag av grönsaker och utbildning, boendeform, hälsa och funktionsförmåga framgick. Personer med låg utbildning, ensamboende samt personer som rapporterade funktionshinder och dåligt hälsotillstånd åt mindre grönsaker än andra. Mellan måltidsordning och dagligt intag av grönsaker framgick också ett samband. Bland de personer som åt traditionellt var ett dagligt intag av grönsaker vanligare än bland de personer som följde en annan måltidsordning.

Sambandet mellan måltidsordning och näringsintag var svagt. Eventuella samband tydde på att äldre personer som åt traditionellt (två varma mål om dagen) överlag åt mera, således var även energiintaget större. Även då man tog i beaktande hur dålig hälsa och funktionsnedsättning eventuellt försämrar näringskvalitet, visade sig sambandet mellan måltidsordning och näringskvalitet svagt och inkonsekvent.

Personer som hörde till den äldre åldersgruppen använde i betydligt högre grad måltidsservice än de yngre, nämligen 25 % av den äldre åldersgruppen och ca 4-7 % av den yngre åldersgruppen. För övrigt använde personer med lägre utbildning, ensamboende samt personer som rapporterade dåligt hälsotillstånd och matrelaterade funktionshinder oftare måltidsservice än andra. Ett samband mellan användning av måltidsservice och traditionell måltidsordning framgick.

De äldres andel förväntas fördubblas i Finland till år 2030 och behovet av olika former av service kommer att öka. Det är därför viktigt att kunna samla information på riksnivå om äldres måltidsordning och användning av måltidsservice samt därtill hörande eventuella problem. På det sättet kan man utveckla måltidsservicen så att de äldres egna resurser tillgodoses och självständigheten stöds.

Ämnesord: Den äldre, funktionsförmåga, näringsintag, måltidsordning, måltidsservice

Helena Aldén-Nieminen, Susanna Raulio, Satu Männistö, Elina Laitalainen, Merja Suominen, Ritva Prättälä

Meal patterns among the Finnish elderly. Monitoring project of mass catering, report 3
National Institute for Health and Welfare — Report 7/2009, x pages

ISBN 978-952-245-022-7 (painettu) ISBN 978-952-245-023-4 (verkkojulkaisu)

ISSN 1798-0070 (painettu) ISSN 1798-0089 (verkkojulkaisu)

ABSTRACT

A balanced diet and regular meal patterns contribute to the health and quality of life among the elderly. Meal patterns may have an effect on the functional capacity of the elderly through nutritional status and vice versa. Proper meals also provide a feeling of security and continuity and create possibilities for social contacts.

The nutritional significance of catering services for Finns in all age groups is widely recognized but there is still a lack of systematic and established monitoring system. A group of experts brought together by the Finnish heart Association made a proposal for monitoring system of mass catering in 2001. Preparations of the system have been continued as a collaborative project between Finnish Institute of Occupational Health, Finnish Heart Association and the National Institute of Health Welfare. This report focuses on meal patterns and eating habits of the Finnish elderly. The two previous reports described eating habits among employees during work hours and those among school children during the school day.

The results of this study are based on data from two health surveys representative to the Finnish population aged 65 years and over. The data for the surveys “Health Behaviour and Health among Finnish Elderly (EVTK)” and “Health 2000” have been collected in years 2000-2005 by the National Institute for Health and Welfare. The respondents were divided into two age groups, 65-79 years and more than 80 years. The study explored meal patterns and the use of catering services among the Finnish elderly living at home. The goal was to describe the prevalence of different meal patterns and their variation among the subgroups of the population. In addition, the associations of meal patterns with nutrient intake and food consumption were analysed.

The age group 65-79 reported better health and functional capacity than the older age group. The most common food related problems in functional capacity were difficulties in carrying a shopping bag and in food preparation.

Over 90% of the respondents ate breakfast. The pattern of one prepared daily meal was common in the younger age group. In this group 64% of the men and 68% of the women had one hot meal daily. In the older age group the corresponding figures were 54% and 65%. The proportion of respondents who followed a traditional meal pattern (breakfast, hot lunch and dinner daily) increased by age. The traditional meal pattern was

followed by 40% of the participants aged at least 80 years and by 30% of the participants in the younger age group. The traditional meal pattern was more common among respondents who had lower educational level, lived with somebody and had difficulties in carrying bags, shopping or food preparation.

Only few associations between meal patterns and the quality of diet were observed. The observed associations suggested that those who follow the traditional meal pattern eat generally more and, therefore, get more energy from their food.

The use of catering services (meals on wheels) was more common in the older age group; 25% of respondents aged over 80 years but only 4-7% of the younger age group used catering services. Those with lower education, reporting poorer health and functional capacity used catering services more. The use of catering services was associated with the traditional meal pattern.

As the size of Finnish population over 65 years will increase remarkably in the future the need of all services targeted for the elderly will increase, as well. In order to develop catering and other services to better fulfil the needs of the elderly, it is important to monitor meal patterns, food and nutrient intake and their problems on a national level.

Key words: elderly, meal patterns, functional capacity, food consumption, nutrient intake, catering services

SISÄLLYS – CONTENTS

TIIVISTELMÄ

SAMMAFATTNING

ABSTRACT

1	JOHDANTO	10
2	IKÄÄNTYMINEN	11
2.1	Ikääntyminen ja sairaudet.....	12
2.2	Toimintakyky ja koettu terveys ikääntyneillä	13
2.2.1	Fyysinen toimintakyky.....	14
2.2.2	Psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky	15
2.2.3	Ikääntyneiden suomalaisten toimintakyky.....	15
2.2.4	Koettu terveys	16
2.3	Ikääntyminen ja ravitsemus.....	17
2.3.1	Ikääntyneiden virhe- ja aliravitsemus	18
2.3.2	Ikääntyneiden ravitsemussuositukset	19
2.3.3	Ikääntyneiden suomalaisten ravitsemus.....	20
3	SUOMALAISTEN IKÄÄNTYNEIDEN ATERIOINTI.....	22
4	TYÖN TAVOITTEET	23
5	AINEISTOT JA MENETELMÄT.....	24
5.1	Terveys 2000 (T2000).....	24
5.1.1	Muuttajat	26
5.2	Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (EVTK)	27
5.2.1	Muuttajat	27
6	TULOKSET	28
6.1	Terveys ja ruokaan liittyvä toimintakyky	29
6.2	Ateriointi	31
6.3	Koulutuksen, kotitalouden koon sekä terveyden ja toimintakyvyn yhteys aterijärjestykseen.....	36
6.4	Koulutuksen, kotitalouden koon, koetun terveyden ja toimintakyvyn yhteys ateriapalveluiden käyttöön.....	45
6.5	Aterijärjestys ja ruokavalion laatu	49
6.5.1	Tuoreiden kasvien käyttö (EVTK)	49
6.5.2	Aterijärjestyksen yhteys ruoankäyttöön ja ravinnonsaantiin (T2000)	53
6.5.3	Koettu terveys, toimintakyky sekä ruoankäyttö ja ravinnonsaanti	56
6.5.4	Koettu terveys, toimintakyky ja aterijärjestys sekä ruoankäyttö ja ravinnonsaanti	59
7	POHDINTA	63
8	JOHTOPÄÄTÖKSET.....	67
LIITE1: RAVITSEMUSTILAN ARVIOINTI MNA		
(Lähde: Gernet – Geriatrian kotisivu).....		85
KIRJALLISUUS		87

1 JOHDANTO

Suomen väestön ikärakenne muuttuu seuraavien vuosikymmenten kuluessa merkittävästi. Väestöennusteiden mukaan 65 vuotta täyttäneiden määrä lisääntyy lähes 1,4 miljoonaan vuoteen 2030 mennessä. Yli 80-vuotiaiden osuus kaksinkertaistuu (Heikkinen 2005). Vuonna 2006 17 % suomalaisista oli 65 vuotta täyttäneitä ja 4 % 80 vuotta täyttäneitä (Tilastokeskus 2007a), vuonna 2040 vastaavien lukujen ennustetaan olevan 27 % ja 11 % (Tilastokeskus 2007b).

Ikääntyneet kansalaiset tarvitsevat erilaisia kunnan tarjoamia palveluita selvitäkseen kotona mahdollisimman pitkään. Keskeisiä ikääntyneiden kotona asumista tukevia palveluja ovat kotipalvelu ja kotisairaanhoidon sekä ateriat-, siivous- ja esimerkiksi omaishoidon tuki. Laitos- ja asumispalvelut ovat tarpeen silloin, kun kotona asuminen ei enää tuetunakaan onnistu.

Vuonna 2005 säännöllistä kotipalvelua tai kotisairaanhoidoa sai 11,5 % 75 vuotta täyttäneistä suomalaisista (Stakes 2008a). Ikääntyneiden laitos- ja asumispalvelujen asiakkaana oli vuonna 2007 lähes 50 000 suomalaista ikääntynyttä (Stakes 2008a). Kotihoidon asiakkaiden kotiaterian saavien määrää on vaikea arvioida koko maan tasolla, sillä palvelun tuottajina toimivat mm. kunnalliset ja yksityiset palvelukeskukset, ruokahuolto-keskukset, vanhain- ja päiväkodit sekä ruokapalveluyritykset. Lisäksi monet ikääntyneet saavat kotiaterian vain joinain päivinä viikossa, eivät päivittäin. Näin ollen kotiateriapalvelun piirissä voidaan arvioida olevan noin 26 000 ikääntynyttä, ja heistä noin 10 000 saa ateriat päivittäin (Suominen 2008).

Kotiateriapalveluiden tai laitosten tarjoamien aterioiden merkitys on sen piirissä olevien ikääntyneiden päivittäisessä ravinnonsaannissa suuri. Nämä ateriat ovat tärkeä osa iäkkään elämänlaatua ja arjessa selviytymistä. Hyvällä ravitsemuksella voidaan turvata elimistön tarpeet, varautua stressi- ja sairaustilanteisiin, ehkäistä tai siirtää sairauksien syntymistä sekä tuottaa iloa elämään. Säännöllisen aterioinnin rutiinit tuovat turvaa ja jatkuvuutta arkeen ja rytmittävät päivää ja ne myös luovat mahdollisuuksia sosiaalisiin kontakteihin.

Vaikka ruokapalveluita on jo vuosikymmenien ajan pidetty Suomessa tärkeänä kanavana vaikuttaa kansanravitsemukseen ja -terveyteen, Suomesta puuttuu niitä koskeva järjestelmällinen seuranta. Sosiaali- ja terveysministeriön toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 1998) nosti ruokapalvelut yhdeksi keinoksi väestön sairastuvuuden ehkäisyssä. Toimenpideohjelma sisälsi 13 kohtaa ruokapalveluihin suunniteltujen aterioiden koostamisesta ja ravintosisältötavoitteista. Tavoitteiden saavuttamista varten suositeltiin suurkeittiöiden toiminnan seurantaa. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan toimenpideohjelmassa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2003) puolestaan todettiin tarpeelliseksi parantaa työntekijöiden ruokavalion laatua työpaikkaruokailua kehittämällä. Tässä Valtion ravitsemusneuvottelukun-

nan ohjelmassa oli monta toimenpide-ehdotusta eri ikäryhmien, myös mm. ikääntyvien, ravitsemuksen parantamisesta ja suositukset yleensä joukkoruokailun ravitsemuksellisen laadun takaavan laatujärjestelmän kehittämisestä.

Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b) ehdotetaan sosiaali- ja terveysministeriön joukkoruokailun seuranta- ja kehittämiss ryhmän asettamista ja Terveyden edistämisen politiikkaohjelman (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007) tavoitteena oli kyseisen työryhmän asettaminen.

Sydänliiton kokoama asiantuntijaryhmä teki vuonna 2001 ehdotuksen joukkoruokailun seurantajärjestelmästä (Suomen Sydänliitto ry ym. 2002). Ehdotuksen valmistuttua ruokapalveluiden seurannan suunnittelua ja kokeilua jatkettiin Kansanterveyslaitoksen (KTL)¹ ja Työterveyslaitoksen (TTL) yhteistyönä. Ensimmäisenä tehtävänä oli selvittää työikäisen väestön ateriointitottumuksia työaikana (Raulio ym. 2004). Tämä tutkimus tarkasteli ruokapalveluita ruokailijan näkökulmasta: kuinka suuri osa aikuisväestöstä käyttää ruokapalveluja, ketkä palveluja käyttävät ja ketkä eivät käytä ja mitkä taustatekijät ruokapalvelun käyttöä selittävät. Toisena tärkeänä tehtävänä oli selvittää suurkeittiöissä tarjottavan ruoan ravitsemuksellista laatua. tätä selvitystä teki sydänliitto työryhmineen vuonna 2004 (Vanhala ym. 2004). Vuonna 2007 toteutettiin selvitys kouluikäisten koulu-aikaisesta aterioinnista (Raulio ym. 2007). Selvityksessä Stakesin¹ toteuttama Kouluterveyskysely oli keskeinen tietolähde, minkä vuoksi Kansanterveyslaitoksen¹, Työterveyslaitoksen ja Sydänliiton lisäksi myös Stakes¹ oli aktiivisesti mukana yhteistyössä.

Tämä ikääntyneiden ateriointiin keskittyvä selvitys jatkaa edellä mainittujen laitosten yhteistyötä joukkoruokailun seurannan kehittämiseksi. Koska ruokailijan käyttäytymistä koskevaa tietoa on tarkoitus koota mahdollisimman monelta väestöryhmältä, oli luontevaa siirtyä työikäisten ja koululaisten ateriointiselvityksen valmistuttua eläkeikäisten ateriointiin. Kansanterveyslaitoksen¹ Terveys 2000 -tutkimuksen aineiston ohella tässä selvityksessä on tietolähteenä käytetty Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -tutkimuksia vuosilta 2001, 2003 ja 2005.

2 IKÄÄNTYMINEN

Ikääntymisellä tarkoitetaan sellaisia ajan kuluessa eteneviä fysiologisia muutoksia elimistössä, kudoksissa tai soluissa, joiden vaikutuksesta sairauksien todennäköisyys ja kuoleman läheisyys kasvaa (Harman 1981, Khaw 1997, Bowling ja Ebrahim 2001). Ikääntyminen voi olla yhteydessä sairauteen, mutta se ei välttämättä aiheuta sitä (Peto ja Doll 1997). Iäkkäitä tutkittaessa onkin tärkeää erottaa toisistaan iän mukanaan tuomat

¹1.1.2009 alkaen Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)

muutokset ja varsinaiset sairaudet (Heikkinen 1994a, Hayflick 1998). Terve ikääntyminen on määritelty WHO:n toimesta ”*prosessina, jossa mahdollisuus saavuttaa fyysinen ja psykososiaalinen terveys optimoidaan siten, että ikääntyvät pystyvät toimimaan aktiivisesti yhteiskunnassa ja nauttimaan itsenäisestä, hyvälaatuisesta elämästä joutumatta ikäyrjinnän kohteeksi*” (WHO 2002).

Lainsäädännön ja sitä mukailevan tilastoinnin perusteella vanhuus alkaa 65-vuotiaana; tämä tilastollinen määritelmä noudattaa vanhuuseläkeiän alkamisikää. Kronologiset, biologiset ja sosiologiset iän määritykset (Balcombe ja Sinclair 2001) eivät kuitenkaan ole aina yhteneviä lainsäädännöllisen määritelmän kanssa.

Fysiologinen, toiminnallinen ikä kertoo ihmisen kunnosta, eikä se välttämättä vastaa ihmisen oikeaa kronologista ikää: ihminen voi näyttää ikäistään nuoremmalta tai vanhemmalta. Subjektiiivinen ja kulttuurinen ikä taas määrittyvät omien tuntemusten ja yhteisön odotusten mukaisesti (Rahkonen 2002). Gerontologisten tutkimusten perusteella varsinaisen vanhuuden ja siihen liittyvän palvelujen tarpeen on todettu alkavan 75–80 vuoden iässä.

Ikääntyneet ovat erittäin heterogeeninen ryhmä, jossa ikä ei ole oleellisin tekijä. Ikääntyneiden selviytymistä arjessa määrittelevät fyysinen ja psyykinen toimintakyky, sairaudet, avunsaanti, taloudellinen tilanne ja asuinpaikka.

2.1 Ikääntyminen ja sairaudet

Iän mukanaan tuoman biologisen vanhenemisen lisäksi terveys heikkenee myös muista syistä. Terveydentilaa muovaavat ikävuosien myötä terveyskäyttäytymisen² ja ulkoisten olosuhteiden³ vaikutukset (Lahelma 2002). Tavallisimpia ikääntyneiden terveyteen liittyviä ongelmia ovat näön ja kuulon huononeminen, univaikeudet ja liikuntakyvyn ongelmat. Näön ja kuulon heikkeneminen yleistyy 65 vuotta ja erityisesti 75 täyttäneillä (Koskinen ym. 2002b). Iän mukana selvästi lisääntyviä tauteja ovat myös dementia ja pahanlaatuiset kasvaimet.

Yli 65-vuotiailla erilaiset sairaudet ovat tavallisia. Haastattelututkimuksen perusteella 75–84-vuotiaista on terveitä noin 20 %, mutta kliinisessä tutkimuksessa heistä alle 10 % on ilman yhtäkään pitkäaikaissairautta (Heikkinen 2005). Eläkeikäisten terveyskäyttäytyminen ja terveys -tutkimukseen vuonna 2005 osallistuneista 65–84-vuotiaista miehistä 80 % ja naisista 82 % raportoi kuluneen vuoden aikana 14 sairauden luettelosta ainakin yhden lääkärin toteaman tai hoitaman sairauden (Sulander ym. 2006). Terveys 2000 -

² Mm ruokatottumukset, tupakointi, fyysinen aktiivisuus ja alkoholin käyttö

³ Mm. työ- ja muut elinolot

tutkimuksessa ainakin yhden pitkäaikaissairauden ilmoitti 80 % yli 65-vuotiaista tutkituista (Koskinen ja Aromaa 2002a) ja ikääntyvien suomalaisten terveyttä ja toimintakykyä vuonna 1996 selvittäneessä tutkimuksessa näin teki 83 % kotona asuvista yli 65-vuotiaista ja lähes 100 % samanikäisistä vanhainkodissa tai terveyskeskussairaalassa olevista (Noro ym. 2000). FINRISKI-senioritutkimukseen vuonna 1997 osallistuneista 43 %:lla oli vähintään kaksi sairautta 65–74-vuoden iässä (Korpela ym. 1999). Ikääntyneiden ongelmana onkin ennen kaikkea useiden sairauksien kasaantuminen.

Erityisesti verenkiertoelinten sairaudet ovat yleisiä. Niistä kärsii noin puolet kotona asuvista ikääntyneistä (Rissanen 1999, Noro ym. 2000, Heikkinen 2005). Kohonnut verenpaine on neljällä kymmenestä miehestä ja puolella naisista ja sepelvaltimotaudista kärsii noin 15 % yli 65-vuotiaista (Sulander ym. 2006). Tuki- ja liikuntaelinsairaus on 25–40 %:lla (Rissanen 1999, Heikkinen 2005) ja diabetesta sairastaa 13 % 65–84-vuotiaista miehistä ja 10 % samanikäisistä naisista (Sulander ym. 2006).

Erilaiset ruoansulatusvaivat ovat suhteellisen yleisiä 65 vuotta täyttäneessä väestössä, ummetus ja/tai närästys vaivaa lähes joka viidettä eläkeikäistä (Korpela ym. 1999, Sulander ym. 2006). Toistuvista vatsavaivoista kärsii joka viides mies ja joka neljäs nainen (Korpela ym. 1999) ja ruoansulatusvaivoista neljännes naisista ja vajaa viidennes miehistä (Sulander ym. 2006).

Vuoden 1998 Vanhusbarometrissä (Vaarama ym. 1999) yli 60-vuotiaat arvioivat, että ikääntyneille kasautuu yleensä paljon erilaisia ongelmia. Noin yhdeksän kymmenestä piti ikääntyneiden suurimpina ongelmina sairautta ja toimintakyvyn vajausta sekä sosiaalisia ja taloudellisia ongelmia. Todellisuudessa ikääntyneiden ongelmat eivät ole kuitenkaan niin yleisiä kuin niiden kuvitellaan olevan, sillä vastaajien omakohtaisesti kokemia ongelmia mainitaan paljon harvemmin (Vaarama ym. 1999). Sairauksista ja vaivoista huolimatta ikääntynyt henkilö arvioikin oman terveytensä yleensä paremmaksi kuin ulkopuolinen tarkkailija (Rahkonen ja Takala 1997, Rissanen 1999).

2.2 Toimintakyky ja koettu terveys ikääntyneillä

Toimintakyvyllä tarkoitetaan henkilön kykyä selviytyä erilaisista tehtävistä määrättyssä ympäristössä. Yleensä toisistaan erotetaan fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky (Rahkonen ja Takala 1997, Stump 1997). ICF-määritelmässä⁶ eli toimintakyvyn, toiminnanvajausten ja terveyden kansainvälisessä luokituksessa (WHO 2001b) toimintakyvyn katsotaan sisältävän sekä yksilön suorituskyvyn vakio-oloissa että selviytymisen arkiympäristössä. Vanhenemisprosessit, iän mukana lisääntyvä sairastavuus sekä

⁶ ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health

elämäntavan muutokset heikentävät toimintakykyä vähitellen lisäten toiminnanvaja-
vuuksia ja avun tarvetta. Ikääntymiseen liittyvien muutosten alkamisikä, etenemisnope-
us sekä vaikutukset itsenäiseen selviytymiseen vaihtelevat yksilöiden ja toimintakyvyn
eri osa-alueiden välillä.

Keskeisenä käsitteenä ikäihmisten toimintakykyä määrittäessä voidaankin pitää sel-
viytymistä päivittäisistä perustoiminnoista⁷, kuten peseytymisestä, syömisestä ja WC:ssä
käymisestä, sekä välineellisiä taitoja⁸ tarvitsevista askareista, kuten kaupassa käynnistä ja
ruoan valmistamisesta (WHO 2001a, Sulander 2005).

Toimintakykyä mitataan erilaisilla kyselyillä, jotka perustuvat tutkittavan omaan tai
läheisen ilmoitukseen (em. PADL ja IADL), sekä mittaamalla. Mitattavia toimintakyky-
mittareita ovat mm. näkö, kuulo, puristusvoima, vartalon ojentajien kestävyys, tuolilta
nousu ja kävelynopeus (Koskinen ym. 2002b). Tärkeimpiä ikääntyneen väestön tervey-
teen ja toimintakykyyn vaikuttavia sairauksia ovat verenkiertoelinten sairaudet sekä tuki-
ja liikuntaelinten sairaudet, mutta myös diabetes ja dementia (Sosiaali- ja terveystiete-
riö 1999).

2.2.1 Fyysinen toimintakyky

Fyysinen toimintakyky muodostuu lähinnä hengitys- ja verenkiertoelimistön sekä tuki-
ja liikuntaelinten toimintakyvystä (Era 1994, Rissanen 1999, WHO 2001a). Ikääntyessä
elimistössä tapahtuu useita muutoksia, joiden takia iäkkään fyysinen toimintakyky voi
heikentyä. Ihmisen ikääntyessä lihaksistossa tapahtuu rakenteellisia muutoksia ja mm.
kehon lihasmassa vähenee ja vastaavasti sidekudoksen ja rasvan määrä lisääntyy (Sipilä
ja Rantanen 2003). Lihaksen maksimaalisen suorituskyvyn heikkeneminen on merkittä-
vää jo 50–60 ikävuoden jälkeen.

Ikääntyessä luuston mineraalipitoisuus vähenee ja luumassa pienenee (Suominen
2003b). Luumassan väheneminen vaikuttaa luun mekaanisiin ominaisuuksiin ja riski
luumurtumiin kasvaa (Era 1994). Ikääntyvien ihmisten nivelten liikkuvuus vähenee, kos-
ka nivelnesteiden määrä vähenee ja sidekudoksen määrä lisääntyy. Nivelten liikkuvuudella
on suuri merkitys toimintakyvyssä.

Väestötasolla keskimääräistä kehitystä tarkasteltaessa todetaan merkittävää heikke-
nemistä kaikissa fyysisen toimintakyvyn osatekijöissä (esim. maksimaalinen hapenkulu-
tus ja lihasten voimakkuus) siten, että 80-vuotiaan suorituskky on 40–80 % 30-vuotiaan

⁷ engl. PADL= physical activities of daily living

⁸ engl. IADL= instrumental activities of daily living

suorituskyvystä (Heikkinen 2005). Varsinaisten ikääntymiseen liittyvien toimintakyvyn häiriöiden onkin todettu alkavan 75–80 ikävuoden jälkeen (Heidrich 1993).

2.2.2 Psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky

Psyykkinen toimintakyky on käsitteenä fyysistä toimintakykyä moninaisempi ja sen määrittely riippuu tarkastelunäkökulmasta (Rissanen 1999). Sitä voidaan tutkia mm. seuraavista näkökulmista: haasteista selviytyminen ja kyky selviytyä ongelmista, kognitiiviset toiminnot (oppiminen, muisti ym.), psyykkisten voimavarojen, taitojen ja kykyjen käyttö ja elämänhallinta (Ruoppila ja Suutama 1994, Rissanen 1999). Psyykkinen toimintakyky on yhteydessä fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn ja se muuttuu yksilön kehittymisen ja ikääntymisen myötä (Ruoppila ja Suutama 1994).

Myös sosiaalinen toimintakyky on monikerroksinen ja –ulotteinen käsite. Sosiaalisena toimintakykenä pidetään kykyä suoriutua erilaisista sosiaalisista rooleista sekä kykyä toimia yhteisöjen ja yhteiskunnan jäsenenä (Heikkinen 1994b, Rissanen 1999). Sosiaalinen vanheneminen tapahtuu vuorovaikutuksessa muiden kanssa ja erilaiset yhteiskunnalliset tekijät myös vaikuttavat siihen, millaiseksi vanheneminen muodostuu (Koskinen 1994).

2.2.3 Ikääntyneiden suomalaisten toimintakyky

Ikääntyneiden suomalaisten toimintakyky on kohentunut 1980-luvun puolesta välistä uudelle vuosituhannele tultaessa, ainakin 85. ikävuoteen saakka (Sainio ym. 2002, Sulander 2005). Iäkkäistä entistä suurempi osa selviytyy vaikeuksista jokapäiväisistä tehtävistä tai liikkumiskykyä edellyttävistä toimista. Paras toimintakyky on odotetusti 65–69-vuotiailla ja toisaalta ylempään koulutusryhmään kuuluvilla, toimistotyötä tehneillä ja naimisissa olleilla (Sainio ym. 2002, Sulander 2005).

Suurimmalla osalla alle 65-vuotiaista on verrattain hyvä toimintakyky, mutta tätä vanhemmilla ja erityisesti 75 vuotta täyttäneillä aistien toiminnan vajavuudet ja vaikeudet kognitiivista ja fyysistä toimintakykyä edellyttävissä suorituksissa yleistyvät selvästi (Sainio ym. 2002). Erittäin merkittävällä osalla 85 vuotta täyttäneistä on vaikeuksia jo perustoiminnoissakin (Koskinen ym. 2002b). Erityisesti 80. ikävuoden jälkeen näyttää toimintakyky heikkenevän oleellisesti, ja 80. ja 85. ikävuoden välillä avuntarve kaksinkertaistuu (Pitkälä ym. 2000, Koskinen ja Aromaa 2002b).

Vuoden 1998 Vanhusbarometrin (Vaarama ym. 1999) mukaan kolmannes yli 60-vuotiaista ja kaksi kolmesta yli 75-vuotiaista suomalaisista saa pitkäaikaista apua tai hoi-

toa arkipäivän toimissa. Terveys 2000 -tutkimuksessa (Koskinen ym. 2002a) todettiin, että runsaat neljä viidesosaa 85 vuotta täyttäneistä sai apua toimintakyvyn heikkenemisen takia. Niistä henkilöistä, jotka katsoivat tarvitsevansa apua, noin 75 % arvioi saamansa avun riittäväksi, noin 10 % sai apua, mutta piti sitä riittämättömänä ja noin 15 % ei saanut lainkaan apua, vaikka koki sitä tarvitsevansa (Koskinen ym. 2002a).

Ateriointiin liittyvä toimintakyky

FINRISKI 1997-tutkimuksen senioriotoksessa reilulla kymmenellä prosentilla oli puremiseen liittyviä syömisongelmia jo 65–74-vuoden iässä (Korpela ym. 1999). Kymmenen vuotta myöhemmin, vuonna 2006, eläkeikäisten terveystutkimukseen vastanneista 65–84-vuotiaista noin 4 % ilmoitti, ettei kyennyt syömään vaikeuksitta (Sulander ym. 2006).

Kun tarkastelu kohdistettiin toimintakyvyltään rajoittuneisiin 65–74-vuotiaisiin, niin noin viidenneksellä tutkituista oli ainakin jonkin verran vaikeuksia selvitä kaupassa käynnistä (Korpela ym. 1999). Vaikeuksia ruoanvalmistuksessa oli 18 %:lla miehistä ja 7 %:lla naisista. Niistä tutkituista, joilla pitkäaikaisia sairauksia oli enemmän kuin kaksi, koki yksi kymmenestä miehestä ja viidennes naisista vaikeuksia selvitä kaupassa käynnistä. Ruoanvalmistuksessa vaikeuksia oli 13 %:lla miehistä ja 7 %:lla naisista (Korpela ym. 1999).

Sen sijaan suurin osa niistä iäkkäistä, joilla ei ollut toimintakyvyn rajoituksia tai pitkäaikaisia sairauksia, selvisi kaupassa käynnistä ja ruoanvalmistuksesta vaikeuksitta (Korpela ym. 1999, Sulander ym. 2006). Yksin asuvat miehet kokivat kuitenkin ruoan valmistamisen vaikeaksi muita yleisemmin, sillä yhdellä kymmenestä oli vaikeuksia ainakin jonkin verran. Muiden kanssa asuvilla miehillä vastaava luku oli 6 %. Ateriapalveluiden käyttö oli tutkittujen ikääntyneiden keskuudessa ruoanvalmistusongelmista huolimatta erittäin vähäistä (Korpela ym. 1999).

2.2.4 Koettu terveys

Ikääntyneet ihmiset arvioivat terveyttään monilla perusteilla. Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen sekä oireet ja niiden haittaavuus ovat arvioinnissa keskeisiä tekijöitä (Heikkinen 2005). Huonon koetun terveyden on todettu ennustavan kuolleisuutta ikäihmisillä (Rahkonen ja Takala 1997, Lee 2000, Nybo 2003).

Suomalaisista 75 vuotta täyttäneistä enää neljännes arvioi terveytensä hyväksi tai melko hyväksi, toisaalta 85 vuotta täyttäneistä terveytensä huonoksi tai melko huonoksi arvioi lähes puolet (Koskinen ja Aromaa 2002a). Suurin osa vanhoista ihmisistä kuitenkin

arvioi oman terveydentilansa hyväksi tai keskinäiseksi monista terveyspuutteista huolimatta (Rahkonen ja Takala 1997, Rissanen 1999). Koulutusvuosien määrällä on selvä yhteys oman terveyden arviointiin. Ylempään koulutusryhmään kuuluvista yli 64-vuotiaista naisista 55 % arvioi oman terveytensä vähintään melko hyväksi, kun vastaava luku alempaan koulutusryhmään kuuluvilla oli vain 36 %. Miehillä vastaavat luvut olivat 58 % ja 38 % (Sulander ym. 2006). Vanhainkodissa asuvat ikääntyneet arvioivat oman terveytensä paremmaksi kuin terveyskeskussairaalassa olevat ja parhaimmaksi terveytensä arvioivat kotona asuvat yli 65-vuotiaat (Noro ym. 2000).

2.3 Ikääntyminen ja ravitsemus

Vanheneminen muuttaa kehon koostumusta; veden osuus elimistössä vähenee ja luuston mineraalipitoisuus pienenee. Perusaineenvaihdunta hidastuu rasvakudoksen suhteellisen osuuden kasvaessa ja rasvattoman kudoksen, pääasiassa lihaskudoksen vähetessä (Suominen 2003a). Kun lisäksi vanhetessa myös fyysinen aktiivisuus yleensä vähenee, energian tarve pienenee (Lowenstein 1986, Räihä 1999). Olennainen ero nuorempiin verrattuna on siinä, että vanhusten elimistö ei jaksakaan toimia yhtä tehokkaasti kuin nuorempana. Ikääntyneet tarvitsevat useampia ruokailuhetkiä päivässä, eikä ruokailuissa saisi olla yli 12-14 tunnin mittaisia taukoja. Tasaisin väliajoin toistuvilla ruokailuhetkillä varmistetaan se, että elimistö pystyy käyttämään ravinnon kokonaan hyödyksi ja vanhus saa riittävästi ravintoa.

Myös ruoansulatuselimistön toiminta muuttuu vanhetessa. Vanheneminen hidastaa jonkin verran mahalaukun tyhjenemistä. Myös mahalaukun laajenemiskyky vähenee, jolloin kylläisyyden tunne saavutetaan aiemmin kuin nuorempana. Lisäksi mahalaukun suolahapon erityös vähenee, mikä saattaa heikentää kalsiumin ja raudan imeytymistä. Samaan voi johtaa myös ohutsuolen imeytymispinnan väheneminen ikääntyessä. Myös sinkin imeytymisen on osoitettu vähenevän. Sinkkitasapaino kuitenkin säilyy ennallaan, sillä myös sinkin erityös vähenee (Shephard 1986, Räihä 1999). Syljen erityös vähenee ikääntyessä, erityisesti eräiden lääkkeiden ja sairauksien vaikutuksesta. Heikentynyt syljen erityös vaikuttaa suolaisen ja happaman maun tunnistamiseen (Shephard 1986).

Ikääntyminen aiheuttaa muutoksia myös sekä haju- että makuaistin toiminnassa, vaikkakin aistien herkkyydessä on yksilöllisiä eroja iästä riippumatta. Makujen erotuskynnys nousee jonkin verran ikääntyessä, mutta eri makujen erotuskyky ei varsinaisesti heikkene. Sen sijaan hajuaisti heikkenee ikääntyessä, mikä laimentaa ruoan maun aistimista (Räihä 1999, Koskinen 2005). Lisäksi hampaiston kunnolla on merkitystä vanhusten syömistottumuksille. Hampaattomuus ja purentaongelmat voivat vähentää ravintoaineiden saantia (Shephard 1986, Räihä 1999).

Ruoan merkitys mielihyvän lähteenä korostuu ikääntymisen myötä (Dean ym. 2008). Ruoka ei ole vain ravinnontarpeen tyydyttävä, vaan sillä on esimerkiksi elämänlaadun säilyttämisessä suuri merkitys (Vailas ym. 1998). Ruoan ravintosisällön lisäksi onkin tärkeää huolehtia myös siitä, että ruoka on maistuvaa ja sitä on saatavissa säännöllisesti, mutta joustavasti ikääntyneiden tottumusten mukaan. Ikääntyneiden hoito- ja palvelusuunnitelman mukaan säännöllinen ateriajärjestys yksilöllistä rytmiä noudattaen on yksi keino turvata iäkkään hyvä ravitsemus (Päivärinta ja Haverinen 2002). Säännöllisten aterioiden onkin todettu olevan yhteydessä parempaan ruokavalioon ikääntyneillä (Schlettwein-Gsell ym. 1999). Toisaalta ruokaan liittyy myös vahva sosiaalinen aspekti ja siten ruokailuympäristöllä, ruokailutilanteella ja ilmapiirillä on suuri vaikutus siihen, syökö vanhus vai ei.

Hyvä ravitsemus edesauttaa iäkkään ihmisen kotona selviytymistä mahdollisimman pitkään pitämällä omalta osaltaan yllä riittävää toimintakykyä. Hyvällä ravitsemuksella voidaan myös ehkäistä tai siirtää sairauksien puhkeamista ja hidastaa sairauksien pahenemista (Hasunen ym. 1992, Pirlich ja Lochs 2001), kun taas huono ravitsemustila heikentää vastustuskykyä, altistaa infektioille ja hidastaa sairauksista toipumista (Thomas 2002, Alberda ym. 2006). Ikääntyneiden ravitsemusongelmat ovatkin usein yhteydessä sairauksiin ja heikentyneeseen toimintakykyyn. Varsinkin dementoituneilla ravitsemustila on huono ja energiansaanti usein vähäistä ja alle suositusten (Pitkälä ja Mäkelä 2000). Hyvällä ravitsemuksella voidaan myös tuottaa iloa elämään ja parantaa elämän laatua.

2.3.1 Ikääntyneiden virhe⁹- ja aliravitsemus¹⁰

Ikääntyneiden ravinnontarve ei, energiantarpeen pienenemistä lukuun ottamatta, poikkea nuorempien ravinnontarpeesta merkittävästi (Niskanen ja Mykkänen 1992, Dwyer 1993, Räihä 1999). Vanhenemiseen liittyy kuitenkin monia fysiologisia, psykologisia, sosiaalisia ja taloudellisia muutoksia, jotka voivat heikentää eläkeikäisen ravitsemustilaa (Lowenstein 1986, Räihä 1999, Pirlich ja Lochs 2001). Ikääntyneiden ihmisten ravitsemusongelmat voivat ilmetä monella tavalla. Selkeimmin havaittavissa on liian vähäisestä energian ja proteiinin saannista aiheutuva laihtuminen ja aliravitsemus (MacIntosh ym. 2000, Alberda ym. 2006). Kyseessä voi olla myös virheravitsemus, jolloin energiaa saadaan sopivasti tai liikaa, mutta suojaravintoaineita liian vähän (Thomas 2004). Liikapainoinenkin ikääntynyt voi kärsiä huonon ravitsemustilan seurauksista. Runsaan rasvakudoksen alla voi olla vaikeaa lihaskatoa, mikä heikentää toimintakykyä.

⁹ Virheravitsemus johtuu johtuu yhden tai useamman ravintoaineen suhteellisesta puutteesta tai ylimäärästä ruokavaliossa

¹⁰ Aliravitsemus johtuu liian vähäisestä energian ja proteiini saannista

Aliravitsemuksen syy voi olla primaarinen, eli vähäinen ja yksipuolinen ravinto tai sekundaarinen, eli erilaiset sairaudet ja niiden hoitoon tarkoitetut lääkkeet (Alberda ym. 2006). Ikääntyneiden virheravitsemuksen riskiä lisäävät mm. akuutit ja krooniset sairaudet, hampaattomuus, depressiivisyys, lääkkeiden käyttö, huono toimintakyky, ongelmat ruoan hankkimisessa, valmistamisessa ja syömisessä, heikko sosioekonominen asema sekä yksin asuminen (Horwath 1989, Pirlich ja Lochs 2001, de Groot ja van Staveren 2002, Omran ja Salem 2002, Pitkälä ym. 2005). Sairauksien seurauksena ruokahalua ja syömistä säätelevä järjestelmä sekä maku- ja erityisesti hajuaisti heikkenevät.

Ruoan nautittavuus vähenee aistitoiminnan heiketessä ja tämä voi aiheuttaa ruokahaluttomuutta ja siten liian alhaista energian saantia (Rolls 1999). Sairauksien seurauksena suun limakalvo voi ohentua ja syljen erityös vähentyä, jonka vuoksi suusta tulee herkästi haavoittuva ja tulehtuva, mikä puolestaan vaikeuttaa ruoan pureskelua. Myös huonot hampaat, hampaiden puuttuminen ja huonosti istuvat proteesit vaikeuttavat kovien ruoka-aineiden, kuten raakojen kasvisten syömistä. Edellä mainitut seikat vaikuttavat usein siten, että vanhuksen ruokavalio yksipuolistuu ja ravitsemustila heikkenee (Rolls 1999, Pirlich ja Lochs 2001).

MNA[®] (Mini Nutritional Assessment) (Gernet - Geriatrician kotisivu, Vanhustyön keskusliitto ry, Guigoz 2006, Vellas ym. 2006) on ravitsemustilan arviointiin tarkoitettu kysymyssarja, jota voidaan käyttää ikääntyneiden (yli 65-vuotiaiden) henkilöiden virhe- ja aliravitsemusriskin arvioinnissa (LIITE 1). Kysymysten avulla on mahdollista löytää ne ikääntyneet, joiden riski aliravitsemukselle on kasvanut.

2.3.2 Ikääntyneiden ravitsemussuosituks

Vaikka ikääntyneiden ravinnontarve ei poikkea paljoakaan työikäisten ravinnontarpeesta, ravitsemussuosituks on annettu erikseen 61-74-vuotiaille ja 75 vuotta täyttäneille (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005). Lisäksi vanhusten ravitsemuksesta on julkaistu oppaita vanhusten parissa työskenteleville, ikääntyneitä hoitavalle henkilökunnalle ja ateriapalveluita suunnitteleville (Hasunen ym. 1992, Suominen 2006).

Energian saantia koskeva suositus on työikäisten suositusta pienempi, sillä iän myötä perusaineenvaihdunta hidastuu ja fyysinen aktiivisuus vähenee. Proteiinin tarve pysyy kuitenkin vähintään samana (1g/kg/vrk) kuin työikäisillä. Sosiaali- ja terveysministeriö suosittaaakin proteiinin saanniksi 1–1,2 g/kg/vrk, joka vastaa n. 60–100 grammaa proteiinia päivässä (Voutilainen ym. 2002). Riittävästä proteiinin saannista on tärkeää huolehtia, sillä erityisesti eläinproteiinin saannin on todettu olevan yhteydessä lihasvoiman ja lihasmassan säilymiseen ikääntyneillä (Lord 2007). Sairaudet ja akuutit stressitilanteet so. leikkaukset, lisäävät edelleen huomattavasti proteiinin tarvetta - proteiinaliravitsemus liittyykin yleensä akuutteihin stressitilanteisiin (Räihä 1999, Pitkälä ja Mäkelä 2000).

D-vitamiinia suositellaan puolitoista kertaa enemmän (10 ug/vrk) kuin työikäisille. D-vitamiinivalmistetta suositellaan 10 mikrogrammaa vuorokaudessa ympäri vuotisen niille ikääntyneille, jotka ulkoilevat niukasti sekä pimeänä vuodenaikana kaikille yli 60-vuotiaille. Sen sijaan vanhuksille annetut B-vitamiinien (tiamiinin, riboflaviinin, niasiinin ja B6-vitamiinin) saantia koskevat suositukset sekä naisten raudansaantia koskeva suositus ovat työikäisille annettuja suosituksia hieman pienemmät, energiaan suhteutettuna suosituksissa ei kuitenkaan ole eroja nuorempiin ikäryhmiin verrattuna (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005).

2.3.3 Ikääntyneiden suomalaisten ravitsemus

Ruoan käyttö

Eläkeikäisten ruokatottumukset ovat kehittyneet hyvään suuntaan viime vuosikymmenten aikana (Sulander ym. 2006). Voin käyttö leipärasvana on vähentynyt ja ruoanvalmistuksessa on lisätty kasviöljyjen käyttöä. Vuonna 2005 voita leipärasvana käytti yksi kymmenestä yli 65-vuotiaasta miehestä ja 9 % naisista, lisäksi noin 30 % tutkituista kertoi käyttävänsä ruoanvalmistuksessa kasviöljyä. Rasvatonta maitoa kertoi käyttävänsä 22 % miehistä ja 26 % naisista. Voin ja rasvaisen maidon käyttö oli yleisempää vanhemman ikäryhmän vastaajilla. Tuoreita vihanneksia ja juureksia sekä hedelmiä ja marjoja kertoi syövänsä päivittäin lähes 30 % vastaajista (Sulander ym. 2006), naiset useammin kuin miehet (Korpela ym. 1999). Korkeammin koulutettujen keskuudessa rasvattoman maidon sekä kasvien ja hedelmien ja marjojen käyttö oli yleisempää kuin vähemmän koulutetuilla (Sulander ym. 2006).

Tumma leipä oli suosittu leipävalinta. Lähes 60 % yli 65-vuotiaista miehistä ja 42 % samanikäisistä naisista söi sitä vähintään 4 palaa päivässä. Makeaa kahvileipää suomalaiseläkeläiset söivät suhteellisen runsaasti, sillä peräti 70 % tutkituista söi sitä ainakin muutaman kerran viikossa (Sulander ym. 2006).

Yksin asuvat 65 vuotta täyttäneet miehet söivät muita harvemmin kasviksia, hedelmiä ja marjoja, mutta joivat rasvaisia maitolaatuja enemmän kuin muut. Kaupan valmisruokia yksin asuvat miehet sen sijaan söivät useammin kuin muut (Korpela ym. 1999). Naimattomat tai eronneet miehet raportoivat naimissa olevia ja leskiä useammin kasvien ja hedelmien sekä marjojen syömättömyyttä (Sulander ym. 2006). Kasvien päivittäiskäyttäjää oli kuitenkin hiukan vähemmän niiden joukossa, jotka olivat naimisissa verrattuna naimattomiin, eronneisiin ja leskiin. Naimisissa olevat käyttivät myös makeaa kahvileipää harvemmin kuin naimattomat, eronneet tai lesket (Sulander ym. 2006).

Ravinnonsaanti

Finravinto 2007 -tutkimuksen mukaan (Paturi ym. 2008) 65-74-vuotiaiden suomalaismiesten keskimääräinen energian saanti oli 7,7 MJ/vrk ja naisten 5,9 MJ/vrk. Energiaravintoaineiden osuudet kokonaisenergiasta olivat keskimäärin suositusten mukaisia. Hiilihydraattien osuus kokonaisenergiasta oli miehillä 49,7 E% ja naisilla 51,2 E%, rasvan osuus miehillä 31,4 E% ja naisilla 30,1 E% ja proteiinien osuus miehillä 17,4 E% ja naisilla 17,6 E%. Tyydyttyneen rasvan osuus oli hieman yli suosituksen.

Yli 65-vuotiaiden vitamiinien ja kivennäisaineiden keskimääräinen saanti oli pääosin hyvällä tasolla vuonna 2007 (Paturi ym. 2008), mutta folaatin ja D- ja E-vitamiinin saanti jäi alle suosituksen. Energiavakioituna vain folaatin saanti miehillä ja naisilla jäi alle suosituksen. D-vitamiinivalmisteiden käyttö nosti naisten D-vitamiinin saannin suositellulle tasolle. Suolan saanti oli puolestaan liian runsasta sekä miehillä että naisilla. Naiset söivät energiatihedeltään laadukkaampaa ruokaa miehiin verrattuna. Naisten keskimääräinen energiavakioitu A-, C-, ja K-vitamiinin, riboflaviinin ja folaatin sekä kivennäisaineista kalsiumin, kaliumin, fosforin ja magnesiumin saanti oli miesten keskimääräistä saantia runsaampaa.

Virhe- tai aliravitsemus vanhuksilla

Virhe- tai aliravitsemus on yleistä erityisesti vanhainkodeissa ja sairaaloiden pitkäaikaisosastoilla (Soini 2004, Suominen 2007). Niissä asuvista potilaista virhe- tai aliravitsemuksesta kärsii MNA-testin mukaan 11–57 % ja riski virheravitsemukselle on kasvanut 40–89 % (Suominen 2007). Kotisairaanhoidon potilailla hyvä ravitsemustila on lähes puolella tutkituista, mutta kuitenkin puolella on vaikeuksia ylläpitää hyvää ravitsemustilaa (Soini 2004).

Helsingiläisten vanhainkotien asukkaista (keski-ikä 83 vuotta) 29 % kärsi virheravitsemuksesta, kuudella kymmenestä oli riski virheravitsemukselle ja vain yhdellä kymmenestä oli hyvä ravitsemustila (Muurinen ym. 2003). Helsingin terveystieteiden keskuslaitoksen pitkäaikaisosastojen potilaista (keski-ikä 81 vuotta) virheravitsemus oli lähes kuudella kymmenestä, 40 %:lla oli riski virheravitsemukselle ja vain 3 %:lla oli hyvä ravitsemustila (Soini ym. 2004). Kotona asuvista yli 75-vuotiaista puolestaan 7 % oli aliravittuja, 48 %:lla oli virheravitsemuksen riski ja 45 %:lla vastanneista oli hyvä ravitsemustila (Lehmusoksa 2007). Virhe- tai aliravitsemusta selittivät erityisesti dementia ja muut pitkäaikaissairaudet, heikentynyt toimintakyky, puremis- ja nielemisvaikeudet, suun terveydentila ja ummetus. Myös huono ruokahalu ja siitä johtuva vähäinen syöminen ja välipalojen

syömättömyys olivat yhteydessä virhe- tai aliravitsemukseen (Muurinen ym. 2003, Soini 2004, Soini ym. 2004, Suominen 2007).

3 SUOMALAISTEN IKÄÄNTYNEIDEN ATERIOINTI

Aterian määritelmä vaihtelee määrittelijän ja hänen edustamansa kulttuurin ja kansallisuuden mukaan. Suomessa ateria tarkoittaa useimmiten lämmintä ruokaa eli ruoka on tavalla tai toisella valmistettua. Ateria sisältää yksinkertaisimmillaan kolme tekijää: lämpimän ruoan, salaatin ja seuran. Suomalaisen aterian perusrakenne on lihaa tai kalaa, perunaa, riisiä tai pastaa ja kasviksia (Mäkelä 1996) ja se on pysynyt samana, vaikka ateriaan kuuluvat ruokalajit ja elintarvikkeet ovat muuttuneet (Prättälä ja Helminen 1990).

Aamiaisen kuuluu rutiineihin valtaosalla suomalaisista ikääntyneistä, sillä yli 90 % syö sen päivittäin (Sulander ym. 2006). Naimattomat tai eronneet miehet syövät aamiaisen hieman muita harvemmin. Enemmistöllä (67 %) helsinkiläisistä yksin asuvista ikääntyneistä voileipä kuuluu aamiaiseen, reilu kolmannes syö puuroa tai velliä. Kahvia juo 62 %, teetä 16 % ja tuoremehua vain 3 % vastaajista (Kiiskinen 1994).

Suurin osa, eli yli 45 % ikääntyneistä syö päivittäin lämpimän lounaan, sekä lounaan että päivällisen syö noin kolmannes ja pelkän päivällisen viidennes tutkituista (Sulander ym. 2006). Pelkän päivällisen syöminen vähenee selvästi iän myötä, kun taas sekä lounaan että päivällisen syöminen lisääntyy. Matalammin koulutetut syövät sekä lounaan että päivällisen useammin kuin korkeammin koulutetut. Myös lähes kaikki yksin asuvat helsinkiläiseläkeläiset syövät lämpimän lounaan. Lounas koostuu yleensä perunasta ja erilaisista kastikkeista. Liha- ja kalaruokia käytetään tasapuolisesti ja vihanneksia syödään lisäkkeenä. Myös erilaisia keittoja ja kaupan valmisruokiakin nautitaan. Sen sijaan jälkiruoat eivät kuulu helsinkiläiseläkeläisten lounaalle (Kiiskinen 1994). Päivällisen syö vain vajaa puolet yksin asuvista ikääntyneistä helsinkiläisistä. Osalla ateria oli lämmin, osalla välipalatyypinen (Kiiskinen 1994).

Ikääntyneiden ateriapalvelut

Suomen vanhuspolitiikan tavoitteena on edistää ikääntyvien toimintakykyä ja itsenäistä elämää. Tavoitteena on, että mahdollisimman moni ikääntynyt voi elää omassa kodissaan ja tutussa asuinympäristössään. Toimintakykyä ylläpidetään ja parannetaan riittävän varhaisella ja monipuolisella ehkäisevällä ja kuntouttavalla toiminnalla ja kotona asumista tuetaan sosiaali- ja terveystalvaeluilla. Sosiaalihuollon asumistalvaeluja ja lai-

toshoitoa on tarjolla niille, jotka eivät enää suoriudu elämästään kotona (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a).

Kunnan järjestämät ikäkkäiden ateriapalvelut voidaan toteuttaa esimerkiksi tarjoamalla ateriointimahdollisuus palvelutalossa tai päiväkodissa tai tuomalla ateriat kotiin. Myös kotiaavustaja voi käyntinsä yhteydessä valmistaa aterioita useammaksi päiväksi. Palveluasuminen on tarkoitettu päivittäistä ulkopuolista apua tarvitseville vanhuksille ja sitä järjestetään kuntien, järjestöjen ja yksityisten yrittäjien tuottamissa palvelutaloissa, palveluasuntoryhmissä ja yksittäisissä palveluasunnoissa.

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakkaita oli vuonna 2007 Suomessa noin 63 600 (Stakes 2006). On arvioitu, että karkeasti n. 26 000 ikääntynyttä saa kotiaterian ja runsaalla 10 000 kotiateriapalvelu on joka päivälle (suullinen tiedonanto, Merja Suomenen).

4 TYÖN TAVOITTEET

Tämän työn tavoitteena oli selvittää, mitä tietoja ikääntyneiden aterioinnista ja ateriapalveluiden¹¹ käytöstä saadaan analysoimalla jo olemassa olevia valtakunnallisia seurantatutkimuksia. Erityisesti tavoitteena oli selvittää ateriajärjestykseen yhteydessä olevia taustatekijöitä, ateriajärjestyksen yhteyttä ruokavalion laatuun ja ateriapalveluiden käytön yleisyyttä ja niiden käyttöön yhteydessä olevia tekijöitä kotona asuvilla. Raportti pyrkii vastaamaan seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaista ateriajärjestystä yli 65-vuotiaat suomalaiset noudattavat ja onko heidän taustansa – koulutus, asumismuoto, terveys ja toimintakyky – yhteydessä ateriajärjestykseen?
2. Kuinka suuri osa yli 65-vuotiaista suomalaisista käyttää ateriapalveluita tai syö lähiomaisen valmistamaa ruokaa verrattuna niihin, jotka tekevät ruokansa itse? Ovatko koulutus, asumismuoto, terveys ja toimintakyky yhteydessä ateriapalveluiden käyttöön?
3. Onko ateriajärjestyksellä yhteys ruokavalion laatuun, eli ruoankäyttöön tai ravintoaineiden ja energian saantiin?

¹¹ Ateriapalvelulla tarkoitetaan tässä selvityksessä kotipalvelun järjestämää, kotiin toimitettua ateriapalvelua

5 AINEISTOT JA MENETELMÄT

Selvitykseen valittiin mahdollisimman hyvin suomalaisia ikääntyneitä edustavat seuranta-tutkimusaineistot. Aineiston valintakriteereinä pidettiin tutkimuksen toistuvuutta sekä mahdollisuutta muokata ja täydentää tutkimuksen kysymyksiä siten, että ne tulevaisuudessa palvelisivat ruokapalveluiden seurantajärjestelmää mahdollisimman hyvin. Näiden kriteerien perusteella päädyttiin seuraaviin aineistoihin: Kansanterveyslaitoksen¹² Terveys 2000 –tutkimus (T2000) ja Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys – tutkimukset (EVTK). Terveys 2000 -tutkimus on laaja koko maan kattava terveystutkimus ja Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -tutkimus on postikysely.

5.1 Terveys 2000 (T2000)

Terveys 2000 -tutkimus toteutettiin koko Suomessa syksystä 2000 kevääseen 2001 (Aromaa ja Koskinen 2002). Kansanterveyslaitoksen¹³ johdolla toteutetun tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa kattava kuva tärkeimmistä kansansairauksista, niiden syistä ja hoitotilanteesta sekä työ- ja toimintakyvystä suomalaisen aikuisväestön keskuudessa. Suomen 30 vuotta täyttänyttä väestöä edustavasta 8028 henkilön otoksesta 88 % osallistui terveyshaastatteluun, 80 % laajaan terveystarkastukseen ja 5 % suppeampaan kotiterveystarkastukseen.

Tutkimukseen osallistuvilla tehtiin 70-90 minuuttia kestänyt terveyshaastattelu tutkittavan kotona ennen terveystarkastusta. Terveystarkastus tapahtui tutkimuspaikalla ja siihen kuului mm. oirehaastattelu, sydänfilmin ottaminen, verenpaineen mittaaminen, hengitystoiminnan mittaaminen, kehonkoostumusanalyysi, kantaluu ultraääni, laboratorionäytteidenotto, suun ja hampaiden kliininen tutkimus, hammasröntgen, tasapaino- ja reaktio-aikamittaus, näön tutkimus, kuulon tutkimus, lääkärin kliininen tutkimus ja mielenterveyshaastattelu. Lisäksi terveystarkastukseen osallistuneet saivat mukaansa kotona täytettäväksi erillisen ruoankäyttökyselyn. Tutkimuksen kesto yhdelle tutkittavalle oli noin neljä tuntia.

Terveys 2000 -tutkimuksen ruoankäyttötietojen keräämiseen käytettiin tätä tutkimusta varten päivitettyä validoitua frekvenssityyppistä ruoankäyttökyselyä, jossa tutkimushenkilöä pyydettiin kuvaamaan tavanomaista ruokavaliotaan viimeksi kuluneen vuoden aikana (Männistö ym. 2005, Paalanen ym. 2006). Lomake sisälsi 128 Suomessa yleisesti käytettyä elintarviketta ja ruokalajia jaoteltuna seuraaviin ryhmiin: maitovalmisteet,

¹² 1.1.2009 alkaen Terveystietokeskuksen ja hyvinvoinnin laitos (THL)

viljavalmisteet, leivän päällä käytettävät rasvat, kasvisruoat, peruna, pasta ja riisi, liharuoat, kalaruoat, hedelmät ja marjat, jälkiruoat, makeiset ja muut naposteltavat sekä juomat. Tutkittava arvioi lueteltujen elintarvikkeiden tai ruokalajien käyttötiheyden yhdeksänportaisella asteikolla (ei lainkaan tai harvoin - vähintään 6 kertaa päivässä). Omaa annoskoosta saattoi verrata kyselylomakkeeseen valmiiksi painettuihin annoskokoihin. Lisäksi tutkittavan oli mahdollista lisätä avoimille riveille usein käyttämiään, mutta lomakkeelta puuttuvia elintarvikkeita.

Ruoankäyttökysely annettiin tutkittaville terveystarkastuksen tai kotiterveystarkastuksen yhteydessä kotona täytettäväksi. Kaikkiaan lomakkeita palautui 6373. Tarkistuksen yhteydessä hylättiin 368 tyhjää tai muuten virheellisesti täytettyä lomaketta. Lopulta ruoka-aineiden ja ravintoaineiden saanti laskettiin 5 998 tutkittavalle (75 % Terveys 2000 -tutkimuksen otoksesta).

Elintarvikeryhmien kulutus sekä ravintoaineiden päivittäinen saanti laskettiin käyttäen Kansanterveyslaitoksen¹³ kansallista Fineli®-elintarviketietopankkia ja käyttäen laskennassa apuna Finessi-laskentaohjelmistoa¹⁴.

Lopullinen aineisto jaettiin kahteen ikäryhmään: 65-79-vuotiaat ja 80-vuotiaat tai vanhemmat. Aineistossa oli yhteensä 680 miestä, joista nuorempaan ikäryhmään kuului 498 (73 %) ja vanhempaan 182 (27 %). Naisia oli yhteensä 1279, heistä nuorempaan ikäryhmään kuului 728 (57 %) ja vanhempaan 551 (43 %). 80 vuotta täyttäneistä 40 % oli yli 85-vuotiaita, vanhin nainen oli 99-vuotias ja vanhin mies 97-vuotias. Nuoremmasta (65-79-vuotiaat) ikäryhmästä osallistui terveystarkastukseen (tutkimuspaikalla tai kotona tehtyyn suppeampaan tutkimukseen) 85 % ja ravintokyselyyn 71 % kutsutuista. Vanhemmasta ikäryhmästä (80 vuotta täyttäneet) terveystarkastukseen osallistui 75 % ja ravintokyselyyn 52 % kutsutuista. Tutkittavien taustatiedot ja analyyseissä käytettyjen muuttujien jakaumat on esitetty taulukossa 1.

Laitoksessa asuvia oli 142, joista miehiä 27 (nuoremmassa ikäryhmässä 8 ja vanhemmassa 19) ja naisia 115 (nuoremmassa ikäryhmässä 16 ja vanhemmassa 99) (Liitetaulukko 1). Koska laitoksissa asuvia oli niin vähän, yksityiskohtaisia tilastollisia analyysejä ei voitu tehdä tästä ryhmästä. Laitosasukkaita koskevia perustuloksia esitellään kuitenkin muiden tulosten yhteydessä silloin kun se on mahdollista tehdä luotettavasti.

¹³ 1.1.2009 alkaen Terveys ja hyvinvoinnin laitos (THL)

¹⁴ www.ktl.fi/fineli

5.1.1 Muuttajat

Aineisto luokiteltiin kahteen ikäryhmään: 65-79-vuotiaat ja 80-vuotiaat ja vanhemmat. Pääosa analyyseistä suoritettiin ko. ikäryhmissä, mutta osa analyyseistä suoritettiin jakamatta aineistoa iän mukaan, koska aineiston koko ei ollut riittävä.

Koulutustasoa kuvattiin kaksiluokkaisella muuttujalla: vain kansakoulun käyneet ja korkeamman koulutuksen saaneet. Myös tutkittavien kotitalouden kokoa kuvattiin kaksiluokkaisella muuttujalla: 1) yksi henkilö ja 2) kaksi henkilöä tai enemmän. Pitkäaikaissairaus luokiteltiin analyyseja varten kahteen ryhmään: ei ole ja on. Koettu terveys luokiteltiin kahteen luokkaan: huono ja hyvä.

Toimintakyky mittareista tähän selvitykseen valittiin 1) ostokassin kantaminen, 2) kaupassa-asioimisvaikeudet, 3) ruoanvalmistusvaikeudet, 4) pureskeluvaikeudet ja 5) syömisvaikeudet. Kaikki em. muuttujat olivat kaksiluokkaisia: vaikeuksia, ei vaikeuksia.

Selvityksen alussa aterijärjestys luokiteltiin kolmeen ryhmään: 1) yhden aterian järjestys, 2) melko säännöllinen aterijärjestys 3) perinteinen aterijärjestys. Melko säännölliseksi aterijärjestykseksi katsottiin jokin seuraavista: a. lämmin lounas ja lämmin päivällinen, b. aamupala, kylmä lounas sekä lämmin päivällinen, c. aamupala, lämmin lounas sekä kylmä päivällinen. Perinteiseksi aterijärjestykseksi määriteltiin aamiaisen, lämpimän lounaan sekä lämpimän päivällisen nauttiminen.

Selvityksen myöhemmässä vaiheessa aterijärjestys luokiteltiin kahteen ryhmään: perinteinen aterijärjestys ja ei-perinteinen aterijärjestys. Ei-perinteinen aterijärjestyksen piiriin kuuluivat muut kuin perinteistä aterijärjestyksestä noudattaneet. Ateriavalmistajamuuttuja¹⁵ luokiteltiin neljään luokkaan: 1) Itse, 2) Puoliso/avopuoliso, muu kotona asuva henkilö, muu sukulainen, naapuri tai ystävä, 3) Kotiavustaja, valmiit ateriat toimitetaan minulle kotiin, 4) Syön ravintolassa tai baarissa, syön työpaikkaruokalassa, palvelutalossa, päiväkeskuksessa, vanhainkodissa tms. (tai noudan ruoan em. paikasta ja ruokailen kotona).

Menetelmät

Sosiodemografisten ja muiden taustamuuttujien, kuten koetun terveyden ja toimintakyvyn, yhteyttä ateriointiin ja ateriapalveluiden käyttöön selvitettiin ristiintaulukoinneilla. Ristiintaulukointi tehtiin sukupuolittain. Aterijärjestyksen ja ruokavalion välisten yhteyksien merkitsevyyttä testattiin t-testin avulla. Ristiintaulukoinnit ja t-testien tulokset on

¹⁵ Kysymys oli: Kuka pääasiassa valmistaa aterianne? Vastausvaihtoehtoina: 1) Itse 2) puoliso/avopuoliso 3) muu kotona asuva henkilö 4) muu sukulainen, naapuri tai ystävä 5) kotiavustaja 6) syön ravintolassa tai baarissa 7) syön työpaikkaruokalassa, palvelutalossa, päiväkeskuksessa, vanhainkodissa tms. (tai noudan ruoan em. paikasta ja ruokailen kotona 8) valmiit ateriat toimitetaan minulle kotiin.

esitetty taulukoissa ja kuvissa. Testit suoritettiin SAS -tilasto-ohjelmistolla (versio 9.1.3).

5.2 Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (EVTK)

Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytymisestä ja terveydestä on kerätty tietoa vuodesta 1985 lähtien postikyselynä kahden vuoden välein (Kansanterveyslaitos 2008), paitsi vuonna 1991. Tavoitteena on saada tietoa 65–84-vuotiaiden suomalaisten terveydentilasta, toimintakyvystä, apuvälineiden ja palveluiden käytöstä, avuntarpeesta, ruokatuksista, tupakoinnista, alkoholinkäytöstä ja liikunnasta.

Tutkimukseen poimitaan väestön keskusrekisteristä sukupuolen ja iän mukaan ositetut otokset 5-vuotisikäryhmittäin 65–84-vuotiaista, vuodesta 1993 lähtien mukaan on otettu myös 80-84-vuotiaat. Kokonaisuudessaan kyselyyn on vastannut vuosien 1985–2007 aikana 19660 henkilöä. Keskimääräinen vastausaktiivisuus on ollut noin 80 %.

Tässä selvityksessä käytettiin vuosien 2001 (vastausprosentti oli 82 %), 2003 (78 %) ja 2005 (78 %) aineistoja. Aineistosta poistettiin laitoshoidossa olevat vastaajat. Lopullisessa aineistossa oli yhteensä 2700 miestä, joista 65-79-vuotiaita oli 2060 ja 80-vuotiaita tai vanhempia 640 (24 %). Naisia oli yhteensä 2691, joista 65-79-vuotiaita oli 2119 ja 80-vuotiaita tai vanhempia 572 (21 %). EVTK-tutkimukseen osallistuneet olivat nuorempia kuin Terveys 2000 -tutkimukseen osallistuneet, sillä EVTK-aineistossa ei ollut yli 85-vuotiaita lainkaan. Analyysitulokset on esitetty kahdessa em. ikäryhmässä ja nuoremman ikäryhmän tulokset on ikävakioitu ositetun otoksen käytön vuoksi. Ikävakioinnin ansioista tulokset ovat edustavia suhteessa koko Suomen 65-79-vuotiaaseen väestöön. Vakiointi toteutettiin suoralla menetelmällä miehille ja naisille erikseen 5-vuotisikäryhmittäin käyttäen vertailuväestönä Suomen 65-79-vuotiaiden miesten ja naisten vuosien 2001, 2003 ja 2005 väkilukujen keskiarvoja. Tutkittavien taustatiedot ja analyyseissä käytettyjen muuttujien jakaumat on esitetty taulukossa 2.

5.2.1 Muuttujat

Alkuperäiset 5-vuotisikäryhmät luokiteltiin uudelleen kahteen ikäryhmään; 1) 65-79-vuotiaat ja 2) 80-vuotiaat ja vanhemmat. Koulutustasoa kuvattiin kaksiluokkaisella muuttujalla; 1) 0–8 vuotta koulutusta saaneet ja 2) 9 vuotta tai enemmän koulutusta saaneet. Tutkittavien kotitalouden kokoa kuvattiin kaksiluokkaisella muuttujalla; 1) asuu yksin, 2) asuu jonkun kanssa. Koettu terveys luokiteltiin analyysejä varten kahteen luokkaan: 1) hyvä tai melko hyvä koettu terveys ja 2) keskitasoinen, melko huono tai huono koettu terveys.

Toimintakykymittareina käytettiin 1) ostokassin tai muun painavan taakan kantamista, 2) vaikeuksia pureskelemisessä, 3) ruoanvalmistusongelmia ja 4) ongelmia ruokailussa. Kysymysmuoto oli kaikissa toimintakykykysymyksissä seuraavanlainen: Kykenetkö kantamaan.../pureskelemaan.../valmistamaan.../syömään, ja kaikki em. muuttajat olivat alun perin neljaluokkaisia: 1) ei edes autettuna 2) jonkun auttamana 3) yksin, mutta se on hankalaa 4) ilman vaikeuksia. Analyyseissä käytettiin kaksiluokkaisia muuttujia: 1) vaikeuksia, 2) ei vaikeuksia.

Kotipalveluihin kuuluvan ateriapalvelun käyttöä tiedusteltiin kysymyksellä ”Käytättekö seuraavia kotipalveluja?”, jossa vastausvaihtoehtoina olivat ”peruspalvelu” (esim. siivous, hoito kotona, kaupassakäyntiapu), ”ateriapalvelu”, ”kuljetuspalvelu”, ”kylvetysapu” sekä en käytä edellä mainittuja kotipalveluja. Vaihtoehtoja sai merkitä yhden tai useampia. Analyyseja varten muodostettiin uusi kaksiluokkainen (kyllä/ei) muuttuja kuvaamaan ateriapalvelun käyttöä.

Aamiaisen syömistä kuvattiin kaksiluokkaisella (kyllä/ei) muuttujalla. Lämpimien aterioiden syömisestä mittarina käytettiin 1) lounaan ja päivällisen syömistä, 2) lounaan tai päivällisen syömistä ja 3) ei ateriaa. Perinteinen ateriajärjestys muodostettiin aamiaisen syömisestä, ja sekä lämpimän lounaan että lämpimän päivällisen syömisestä.

Menetelmät

Sosiodemografisten ja muiden taustamuuttujien, kuten koetun terveyden ja toimintakyvyn yhteyttä ateriointiin ja ateriapalveluiden käyttöön sekä kasvisten käyttöön selvitettiin ristiintaulukoinneilla. Ristiintaulukoinnit suoritettiin SPSS -tilasto-ohjelmistolla. Ristiintaulukoinnin tulokset on esitetty taulukoissa ja kuvissa. Ristiintaulukointi tehtiin sukupuolittain.

6 TULOKSET

Tuloksia tulkittaessa on vanhemman ikäryhmän kohdalla huomioitava, että ikäjakauma on Terveys 2000 - ja EVTK-aineistoissa erilainen. Terveys 2000 -tutkimuksessa mukana oli myös yli 84-vuotiaita (80-vuotta täyttäneistä yli 40 % oli 84-vuotiaita), kun taas EVTK:ssa vanhimmat ovat 84 vuotta täyttäneitä. Näin ollen aineistot eivät ole vanhemman ikäryhmän suhteen täysin vertailukelpoisia.

6.1 Terveys ja ruokaan liittyvä toimintakyky

Tässä raportissa käytettyihin tutkimuksiin osallistuneiden perustiedot on esitetty taulukoissa 1 ja 2. Taulukko 1 kuvaa Terveys 2000 -tutkimukseen osallistuneiden kotona asuvien terveyttä, toimintakykyä ja ateriointia. Taulukko 2 perustuu vastaaviin tietoihin EVTK-tutkimuksesta.

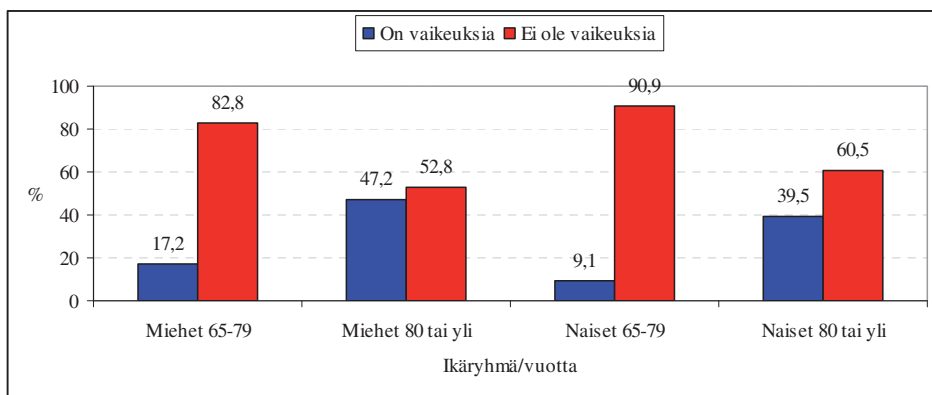
Terveys 2000 -aineistossa nuoremman ikäryhmän naisista ja miehistä noin 60 % koki terveydentilansa huonoksi (Taulukko 1). Vanhemmassa ikäryhmässä terveydentilansa huonoksi kokeneiden osuudet ja myös naisten ja miesten väliset erot olivat suurempia: 81 % miehistä ja vastaavasti 71 % naisista piti terveyttään huonona. Myös EVTK:ssa huonontunut terveydentila yleistyi 80-vuotta täyttäneillä, joista jopa 70 % koki terveytensä keskitasoiseksi, melko huonoksi tai huonoksi. Vastaava osuus nuoremmassa ikäryhmässä oli 50 % (Taulukko 2).

Pitkäaikaissairaudet olivat Terveys 2000 -aineistossa miehillä ja naisilla lähes yhtä yleisiä. Nuoremmassa ikäryhmässä noin 80 %:lla oli pitkäaikaissairaus. Vanhemmassa ikäryhmässä lähes 90 %:lla oli pitkäaikaissairaus (miehillä 89 % ja naisilla 86 %) (Taulukko 1).

Tutkittavien ruokaan liittyvä toimintakyky, kuten koettu terveystila, oli selvästi huonompi vanhemmassa ikäryhmässä, verrattuna nuorempaan. Terveys 2000 -aineistossa kaupassa asioimiseen liittyviä vaikeuksia esiintyi naisilla enemmän kuin miehillä. Vanhemmassa ikäryhmässä vaikeuksia koki 55 % naisista ja 39 % miehistä, nuoremmassa ikäryhmässä 16 % naisista ja 11 % miehistä (Taulukko 1).

Yleisin ruokaan liittyvä toimintakykyongelma oli ostokassin kantaminen. Ostokassin kantamisvaikeuksia kokivat Terveys 2000 -aineiston nuoremman ikäryhmän naiset (40 %) kaksi kertaa niin usein kuin samanikäiset miehet (21 %) (Taulukko 1). Myös vanhemmassa ikäryhmässä naisten ja miesten välinen ero oli huomattava, sillä lähes 80 % naisista raportoi ostokassin kantamisessa ongelmia, miehistä 56 % (Taulukko 1). Painavan ostokassin kantaminen tuotti myös EVTK:ssa naisille selvästi enemmän ongelmia kuin miehille. Vaikeuksia koki 30 % nuoremman ikäryhmän naisista ja 15 % miehistä. Vanhemmassa ikäryhmässä vaikeuksia koki 60 % naisista ja 40 % miehistä (Taulukko 2).

Myös ruoanvalmistusvaikeudet olivat melko yleisiä. Terveys 2000 -aineistossa nuoremman ikäryhmän miehistä lähes joka viides ja naisista noin joka kymmenes koki ongelmia ruoanlaitossa (Kuva 1, Taulukko 1). Vanhemmassa ikäryhmässä lähes 50 % miehistä ja 40 % naisista raportoi ruoanvalmistusvaikeuksia. Ruoanvalmistusvaikeudet olivat EVTK:ssa, kuten Terveys 2000 -aineistossakin, molemmissa ikäryhmissä miehillä selvästi yleisempiä kuin naisilla. Nuoremmassa ikäryhmässä 20 % miehistä ja vain 6 % naisista koki ongelmia ruoanlaitossa. Vanhemmassa ikäryhmässä ongelmia oli lähes 50 %:lla miehistä ja 23 %:lla naisista (Taulukko 2).

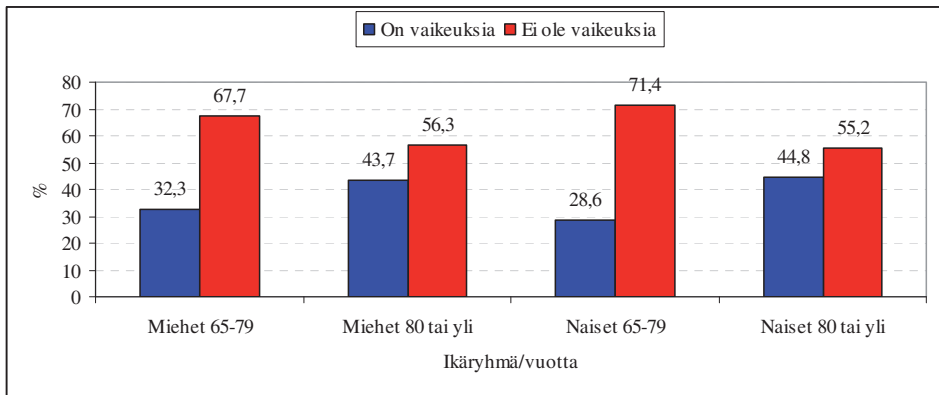


Kuva 1. Ruoanvalmistukseen liittyviä vaikeuksia, % vastaajista (T2000)

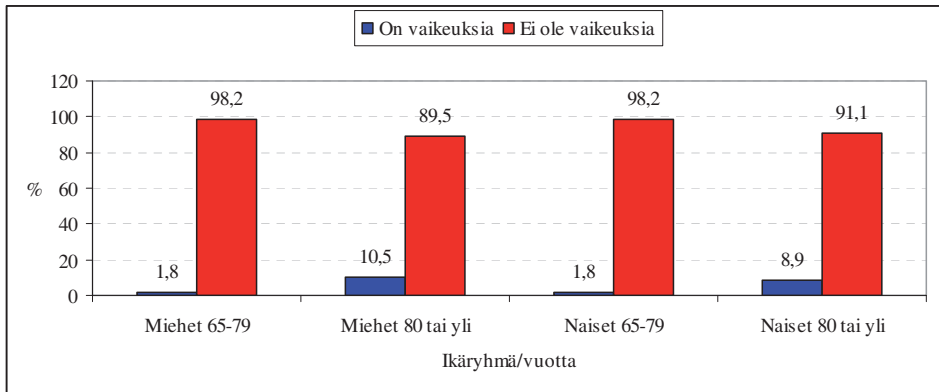
Pureskeluvaikeudet olivat nekin yleisiä. Terveys 2000 -aineistossa noin 30 % nuoremman ikäryhmän naisista ja miehistä raportoi pureskeluongelmia. Vanhemmassa ikäryhmässä vastaava osuus oli reilu 40 % (Kuva 2). EVTK:ssakaan naisten ja miesten välillä ei juuri ilmennyt eroja. Nuoremmassa ikäryhmässä noin kolmanneksella ja vanhemmassa ikäryhmässä noin puolella oli pureskeluvaikeuksia (Taulukko 2).

Syömiseen liittyvät vaikeudet olivat melko harvinaisia. Miesten, naisten ja ikäryhmien välillä ei juuri ilmennyt eroja (Kuva 3, taulukko 2). Sekä Terveys 2000 -aineistossa että EVTK:ssa noin 2 % nuoremman ikäryhmän naisista ja miehistä raportoi syömiseen liittyviä ongelmia. Vanhemmassa ikäryhmässä osuus oli noin 10 %.

Lähes kaikki laitoksissa asuvat sairastivat jotain pitkäaikaista sairautta (Liitetaulukko 1). Eniten huonoa terveydentilaa raportoivat laitoksissa asuvat nuoremman ikäryhmän naiset (94 %). Miehillä oli hieman enemmän pureskeluvaikeuksia (noin 80 %) kuin naisilla (noin 70 %). Syömisvaikeuksia raportoivat selvästi eniten nuoremman ikäryhmän naiset (88 %). Vastaavasti noin 70 %:lla vanhemmista miehistä ja 55 %:lla nuoremmista miehistä ja vanhemmista naisista oli syömisvaikeuksia (Liitetaulukko 1).



Kuva 2. Pureskeluun liittyviä vaikeuksia, % vastaajista (T2000)



Kuva 3. Syömiseen liittyviä vaikeuksia, % vastaajista (T2000)

6.2 Ateriointi

Aterioinnilla tarkoitetaan tässä selvityksessä sekä ateriajärjestystä että aterian valmistajaa¹⁶. Terveys 2000 -aineistossa vastaajat luokiteltiin ateriajärjestyksen perusteella kolmeen ryhmään: perinteistä, melko säännöllistä ja yhden aterian järjestystä noudattaviin ja EVTK-aineistossa kahteen luokkaan: perinteistä ateriajärjestystä noudattaviin ja mui-

¹⁶ Ateriavalmistaja-muuttuja: 1) Itse, 2) Puoliso/avopuoliso, muu kotona asuva henkilö, muu sukulainen, naapuri tai ystävä, 3) Kotiavustaja, valmiit ateriat toimitetaan minulle kotiin, 4) Syön ravintolassa, baarissa, työpaikkaruokalassa, palvelutalossa, päiväkeskuksessa, vanhainkodissa tms. (tai noudan ruoan em. paikasta ja ruokailen kotona).

hin. Perinteisellä ateriajärjestyksellä tarkoitettiin aamupalan, lämpimän lounaan ja lämpimän päivällisen nauttimista.

Valtaosa tutkituista söi aamiaisen, yli 90 %. Sukupuolten ja ikäryhmien välillä havaitut erot olivat pienet. Eniten aamiaisen väliin jättäviä oli miesten nuoremmassa ikäryhmässä, noin 8 % (Taulukot 1 ja 2). Lämpimän lounaan nauttiminen oli myös hyvin yleistä, sen söi yli 80 % miehistä ja naisista (Taulukot 1 ja 2). Lounaan nauttiminen oli hiukan yleisempää vanhempaan ikäryhmään kuuluvien keskuudessa. Lämmin päivällinen ei ollut yhtä yleinen kuin lämmin lounas, mutta sen nautti kuitenkin yli puolet tutkituista sukupuolesta ja ikäryhmästä riippumatta (Taulukot 1 ja 2).

Kahden lämpimän aterian nauttiminen oli vanhemmassa ikäryhmässä yleisempää kuin nuoremmassa (Taulukko 2). Kolmannes nuoremman ja lähes puolet vanhemman ikäryhmän miehistä nautti päivittäin lämpimän lounaan ja päivällisen. Naisilla ero ikäryhmien välillä oli pienempi ja päivittäin kaksi lämmintä aterialla söi noin 30 % kaikenikäisistä naisista.

Perinteisen ateriajärjestyksen noudattaminen oli vanhemmassa ikäryhmässä yleisempää kuin nuoremmassa (Taulukko 1, kuva 4). Vanhemman ikäryhmän miehistä noin 40 % noudatti perinteistä ateriajärjestystä, nuoremmasta ikäryhmästä vastaavasti kolmannes. Naisilla perinteistä ateriajärjestystä noudattavia oli nuoremmassa ikäryhmässä noin kolmannes, mutta vanhemmassa ikäryhmässä Terveys 2000:n mukaan noin 40 % ja EVTK:n mukaan vain 33 %.

Yhden lämpimän aterian rytmi oli verrattain yleinen. Nuorempaan ikäryhmään kuuluvista miehistä yhden lämpimän aterian päivässä söi 64 % ja naisista 68 %. Vanhemmassa ikäryhmässä yhden lämpimän aterian, joko lounaan tai päivällisen, nautti 54 % miehistä ja 65 % naisista (Taulukko 2).

Ateriapalveluiden käyttö oli selvästi yleisempää vanhemmassa kuin nuoremmassa ikäryhmässä. Kotiateriapalveluita¹⁷ käytti Terveys 2000 -aineistossa noin 13 % vanhempaan ikäryhmään kuuluvista ja 2 % nuorempaan ikäryhmään kuuluvista (Taulukko 1). Myös EVTK:ssa ateriapalveluita¹⁸ käytti 2 % nuorempaan ja noin 10 % vanhempaan ikäryhmään kuuluvista (Kuva 5, taulukko 2).

¹⁷ Kysymykseen aterianvalmistajasta vastauksena 3) Kotiavustaja tai valmiit ateriat toimitetaan minulle kotiin

¹⁸ Kyllä-vastaus kysymyksen ”Käytättekö seuraavia kotipalveluja?” kohtaan ”ateriapalvelu”

Taulukko 1. Tutkittavien perustiedot Terveys 2000 –tutkimuksessa (T2000)

Ikäryhmä/vuotta	Miehet		Naiset	
	65-79	80 tai yli	65-79	80 tai yli
n	490	163	n	712
452			452	
Koulutustaso	n	490	n	712
452			452	
Kansakoulu	%	74,7	%	71,8
84,3			84,3	
Korkeampi	%	25,3	%	28,2
15,7			15,7	
Kotitalouden koko	n	490	n	712
450			450	
1 hlö	%	21,4	%	51,5
74,4			74,4	
2 hlöä tai enemmän	%	78,6	%	48,5
25,6			25,6	
Kuka valmistaa aterian	n	479	n	685
425			425	
Itse	%	23,8	%	92,3
65,2			65,2	
Kotitalouteen tai lähipiiriin kuuluva	%	68,7	%	3,5
11,1			11,1	
Kotiaivustaja/valmiit ateriat toimitetaan minulle kotiin	%	2,5	%	2,2
12,9			12,9	
Syön ravintolassa, palvelutalossa, päiväkeskuksessa tms. ¹	%	5,0	%	2,0
10,8			10,8	
Aamiaisen syöminen	n	470	n	665
408			408	
Ei syö mitään	%	0,6	%	0,5
0,2			0,2	
Pelkkä juoma	%	6,4	%	5,1
4,9			4,9	
Kylmä ateria	%	47,0	%	45,4
40,2			40,2	
Lämmin valmistettu ateria	%	46,0	%	49,0
54,7			54,7	
Lounaan syöminen	n	470	n	666
409			409	
Ei syö mitään	%	4,3	%	1,9
1,5			1,5	
Pelkkä juoma	%	1,5	%	1,8
1,0			1,0	
Kylmä ateria	%	16,8	%	15,2
12,2			12,2	
Lämmin valmistettu ateria	%	77,4	%	81,1
85,3			85,3	
Päivällisen syöminen	n	469	n	664
407			407	
Ei syö mitään	%	2,6	%	1,7
1,5			1,5	
Pelkkä juoma	%	1,5	%	1,5
1,0			1,0	
Kylmä ateria	%	38,6	%	43,7
40,5			40,5	
Lämmin valmistettu ateria	%	57,4	%	53,2
57,0			57,0	
Perinteisen aterijärjestyksen noudattaminen²	n	469	n	664
407			407	
Kyllä	%	34,3	%	33,1
41,5			41,5	
Pitkäaikaissairaus	n	490	n	712
451			451	
On	%	78,4	%	78
86,2			86,2	
Koettu terveydentila	n	487	n	711
447			447	
Hyvä	%	41,1	%	38,7
29,3			29,3	
Huono	%	58,9	%	61,3
70,7			70,7	
Vaikeuksia kaupassa-asioimisessa	n	489	n	712
447			447	
On vaikeuksia	%	11,4	%	15,6
55,3			55,3	
Vaikeuksia esim. ostokassin kantamisessa	n	489	n	711
443			443	
On vaikeuksia	%	20,6	%	40,5
79,5			79,5	
Pureskeluvaikeuksia	n	471	n	664
406			406	
On vaikeuksia	%	32,3	%	28,6
44,8			44,8	
Vaikeuksia ruoanvalmistamisessa	n	484	n	712
446			446	
On vaikeuksia	%	17,2	%	9,1
39,5			39,5	
Vaikeuksia syömisessä	n	490	n	712
451			451	
On vaikeuksia	%	1,8	%	1,8
8,9			8,9	

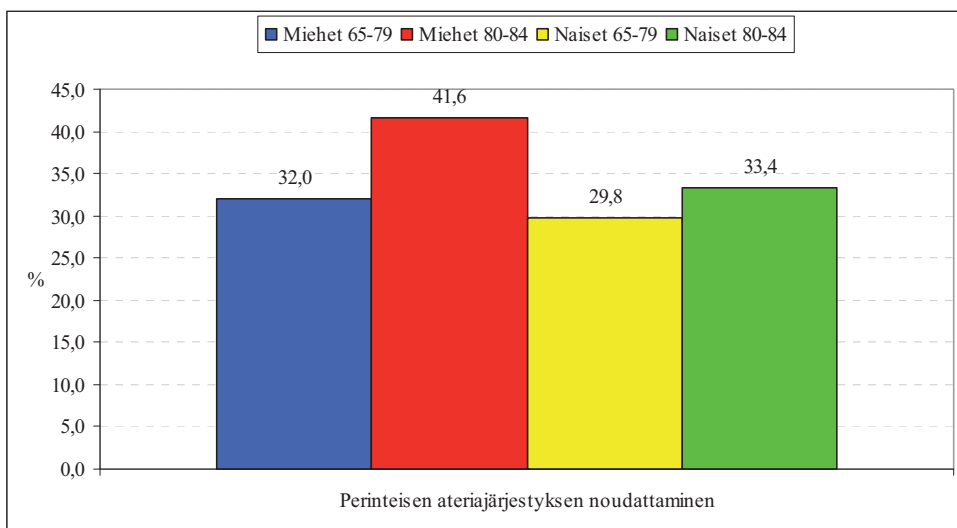
¹ Syön ravintolassa, baarissa, työpaikkaruokalassa, palvelutalossa, päiväkeskuksessa, vanhainkodissa tms. (tai noudan ruoan em. paikasta ja ruokailen kotona).

² Perinteinen aterijärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen

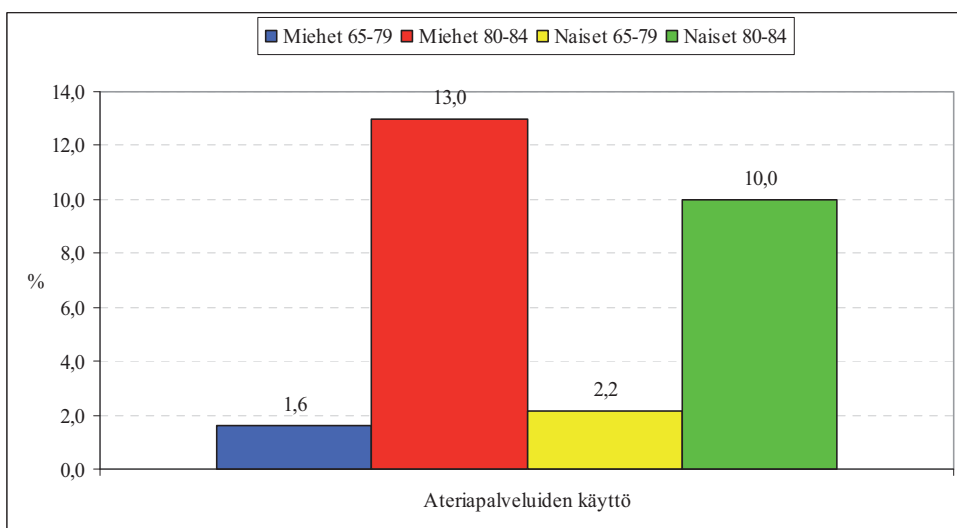
Taulukko 2. Tutkittavien perustiedot Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -tutkimuksessa (EVTK)

Ikäryhmä, vuotta	Miehet			Naiset		
		65-79	80-84		65-79	80-84
	n	2060	640	n	2119	572
Kouluvuodet	n	2008	623	n	2058	558
0-8 vuotta	%	62,0	74,6	%	55,9	76,5
9 + vuotta	%	38,0	25,4	%	44,1	23,5
Kotitalouden koko	n	2047	631	n	2114	570
Asuu yksin	%	19,4	27,1	%	45,0	64,7
Asuu jonkun kanssa	%	80,6	72,9	%	55,0	35,3
Ateriapalveluiden käyttö¹	n	2060	640	n	2119	572
Kyllä	%	1,6	13,0	%	2,2	10,0
Ei	%	98,4	87,0	%	97,8	90,0
Aamiaisen syöminen	n	2035	631	n	2098	565
Kyllä	%	91,3	93,8	%	94,2	95,0
Ei	%	8,7	6,2	%	5,8	5,0
Lämpimien aterioiden syöminen	n	2038	622	n	2089	560
Lounas	%	81,4	89,1	%	80,8	83,9
Päivällinen	%	53,5	56,6	%	50,6	51,6
Lounas ja päivällinen	%	35,4	45,7	%	31,8	35,5
Lounas tai päivällinen	%	64,1	54,3	%	67,8	64,5
Ei mitään	%	0,5	0,0	%	0,4	0,0
Perinteisen² ateriajärjestyksen noudattaminen	n	2038	622	n	2089	560
Kyllä	%	32,0	41,6	%	29,8	33,4
Kasvisten syöminen/vko	n	2019	613	n	2075	550
Ei ollenkaan	%	11,2	14,4	%	5,2	12,5
1-5 kertaa	%	62,2	63,3	%	66,9	64,7
6-7 kertaa	%	26,7	22,3	%	27,9	22,7
Koettu terveys	n	2046	634	n	2109	564
Hyvä/melko hyvä	%	46,9	27,8	%	46,4	28,7
Keskitasoinen, melko huono tai huono	%	53,1	72,2	%	53,6	71,3
Vaikeuksia kaupassa-asioimisessa	n	1999	610	n	2031	524
On vaikeuksia	%	15,3	39,5	%	30,9	60,1
Vaikeuksia esim. ostokassin kantamisessa	n	2038	621	n	2087	563
On vaikeuksia	%	35,3	45,9	%	35,2	49,0
Pureskeluvaikeuksia	n	1923	551	n	2075	542
On vaikeuksia	%	19,0	45,6	%	5,8	22,5
Vaikeuksia ruoanvalmistamisessa	n	2017	608	n	2063	553
On vaikeuksia	%	2,4	8,4	%	2,0	6,3

¹ Kyllä-vastaus kysymyksen ”Käytättekö seuraavia kotipalveluja?” kohtaan ”ateriapalvelu”² Perinteinen ateriajärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen



Kuva 4. Perinteisen aterijärjestyksen noudattaminen, % vastaajista (EVTK)

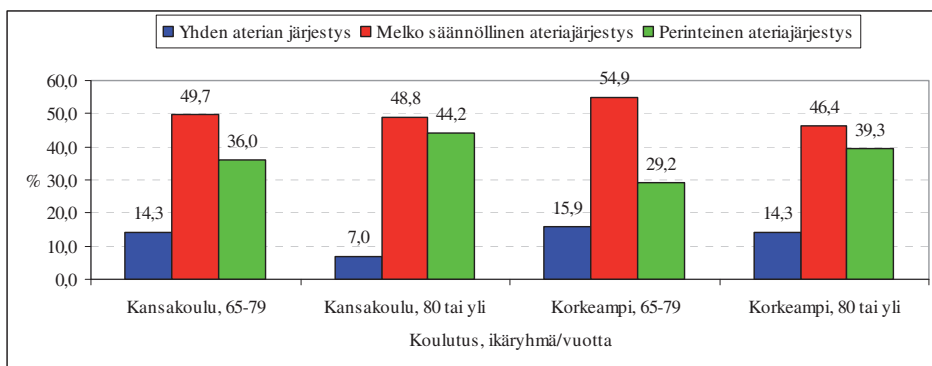


Kuva 5. Ateriapalveluiden¹⁹ käyttö sukupuolen ja ikäryhmän mukaan (EVTK)

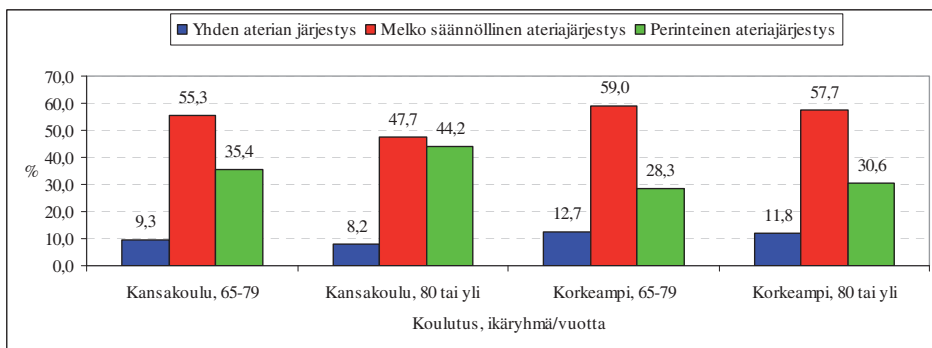
¹⁹ Kyllä-vastaus kysymyksen ”Käyttökö seuraavia kotipalveluja?” kohtaan ”ateriapalvelu”

6.3 Koulutuksen, kotitalouden koon sekä terveyden ja toimintakyvyn yhteys aterijärjestykseen

Matalammin koulutetut noudattivat perinteistä aterijärjestystä useammin kuin korkeammin koulutetut (Kuvat 6 ja 7, liitetaulukko 2). Terveys 2000 -aineistossa vain kansakoulun käyneiden keskuudessa perinteisen aterijärjestyksen noudattaminen oli yleisempää kuin korkeammin koulutettujen keskuudessa. Myös EVTK:ssa perinteisesti syövien osuus oli suurempi korkeintaan kahdeksan vuotta kuin yli yhdeksän vuotta koulutusta saaneiden keskuudessa (Taulukko 3).



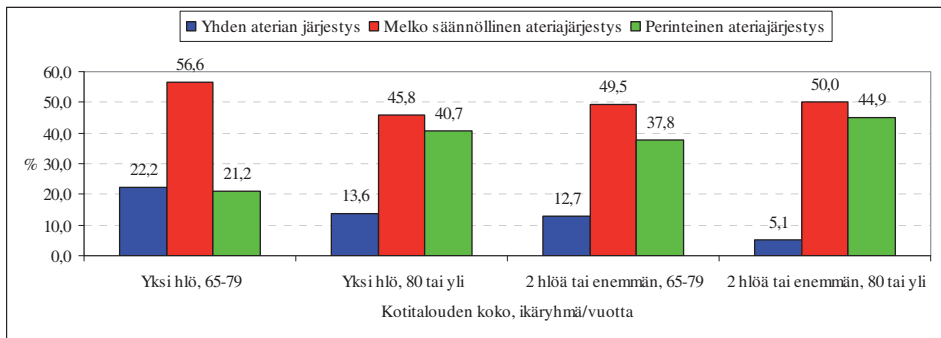
Kuva 6. Aterijärjestys vastaajan koulutustason mukaan, miehet (T2000)



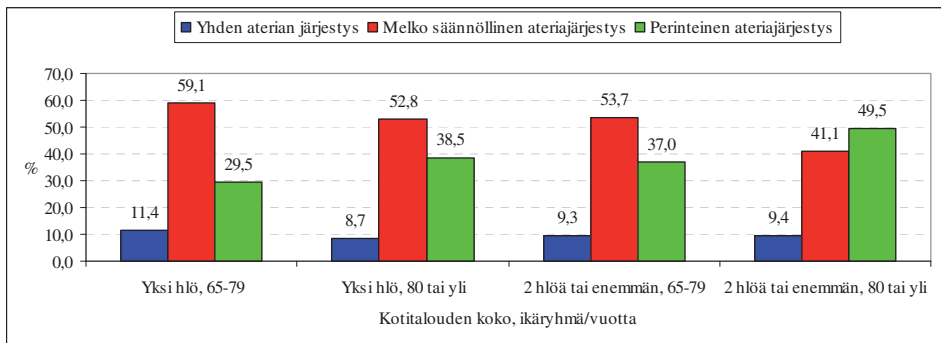
Kuva 7. Aterijärjestys koulutustason mukaan, naiset (T2000)

Myös kotitalouden koko oli yhteydessä aterijärjestykseen. Toisen kanssa asuvat noudattivat kaikissa ikäryhmissä yksin asuvia useammin perinteistä²⁰ aterijärjestystä (Kuvat 8 ja 9, taulukko 4, liitetaulukko 3).

Terveys 2000 -aineiston mukaan ne, joilla oli krooninen sairaus ja ne jotka kokivat terveytensä huonoksi söivät perinteisemmin kuin muut (Taulukko 5 ja 6). EVTK:ssa havaittiin nuoremman ikäryhmän osalta sama yhteys kuin Terveys 2000:ssa, mutta 80 vuotta täyttäneillä perinteinen ateriointi oli hieman yleisempää hyväkuntoisten ryhmässä (Taulukko 7).



Kuva 8. Aterijärjestys kotitalouden koon mukaan, miehet (T2000)



Kuva 9. Aterijärjestys kotitalouden koon mukaan, naiset (T2000)

²⁰ Perinteisellä aterijärjestyksellä tarkoitetaan tässä aamupalan + kahden lämpimän aterian aterijärjestystä, melko säännöllinen aterijärjestys on jokin seuraavista: a. lämmin lounas ja lämmin päivällinen, b. aamupala, kylmä lounas sekä lämmin päivällinen, c. aamupala, lämmin lounas sekä kylmä päivällinen.

Taulukko 3. Ateriajärjestys kouluvuosien mukaan, % (EVTK)

Miehet										Naiset			
Ikäryhmä/vuotta		65-79			80-84		65-79			80-84			
Kouluvuodet													
Aterijärjestys	%	0-8 vuotta	9+ vuotta	0-8 vuotta	9+ vuotta	0-8 vuotta	9+ vuotta	0-8 vuotta	9+ vuotta				
Perinteinen aterijärjestys ¹		34,2	28,8	41,8	38,5	33,4	25,0	34,5	28,7				
Muu		65,8	71,2	58,2	61,5	66,6	75,0	65,5	71,3				
Yhteensä	n	1230	760	450	156	1131	897	417	129				

¹ Perinteinen ateriajärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen

Taulukko 4. Ateriajärjestys kotitalouden koon mukaan, % (EVTK)

Miehet										Naiset			
Ikäryhmä/vuotta		65-79				80-84		65-79		80-84			
Kotitalouden koko													
Aterijärjestys	%	Yksin	Jonkun kanssa	Yksin	Jonkun kanssa	Yksin	Jonkun kanssa	Yksin	Jonkun kanssa				
Perinteinen aterijärjestys ¹		24,7	33,9	33,5	44,5	24,8	34,0	29,6	40,3				
Muu		75,3	66,1	66,5	55,5	75,2	66,0	70,4	59,7				
Yhteensä	n	389	1636	164	449	937	1147	362	196				

¹ Perinteinen ateriajärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen

Taulukko 5. Ateriajärjestys pitkäaikaissairauden mukaan, % (T2000)

Miehet										Naiset			
Ikäryhmä/vuotta		65-79				80 tai yli		65-79		80 tai yli			
Pitkäaikaissairaus													
Aterijärjestys	%	On	Ei	On	Ei	On	Ei	On	Ei				
Yhden aterian järjestys		13,8	18,2	7,1	17,6	10,0	12,2	8,2	13,2				
Melko säännöllinen aterijärjestys ²		52,4	45,4	48,6	47,1	55,0	61,9	49,6	51,0				
Perinteinen aterijärjestys ¹		33,8	36,4	44,3	35,3	35,0	25,9	42,2	35,8				
Yhteensä	n	370	99	140	17	525	139	353	53				

¹ Perinteinen ateriajärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen² Melko säännöllinen ateriajärjestys: a. Lämmin lounas ja lämmin päivällinen b. Aamupala, kylmä lounas sekä lämmin päivällinen c. Aamupala, lämmin lounas sekä kylmä päivällinen

Taulukko 6. Ateriajärjestys koetun terveyden mukaan, % (T2000)

Miehet										Naiset			
Ikäryhmä/vuotta	65-79				80 tai yli		65-79		80 tai yli				
Koettu terveydentila													
Aterijärjestys	%	Hyvä	Huono	Hyvä	Huono	Hyvä	Huono	Hyvä	Huono				
Yhden aterian järjestys		15,4	14,0	6,5	8,8	12,4	9,2	8,6	8,7				
Melko säännöllinen aterijärjestys ²		51,3	50,6	54,8	47,2	58,4	55,2	57,8	46,9				
Perinteinen aterijärjestys ¹		33,3	35,4	38,7	44,0	29,2	35,6	33,6	44,4				
Yhteensä	n	195	271	31	125	250	413	116	286				

¹ Perinteinen ateriajärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen

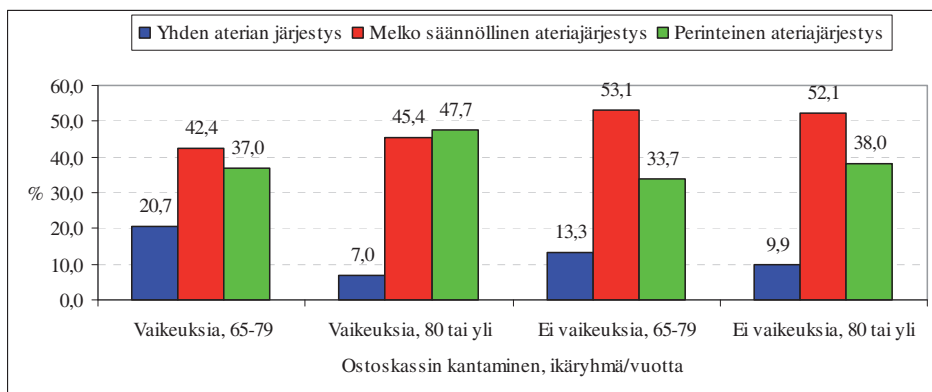
² Melko säännöllinen ateriajärjestys: a. Lämmin lounas ja lämmin päivällinen b. Aamupala, kylmä lounas sekä lämmin päivällinen c. Aamupala, lämmin lounas sekä kylmä päivällinen

Taulukko 7. Ateriajärjestys koetun terveyden mukaan, % (EVTK)

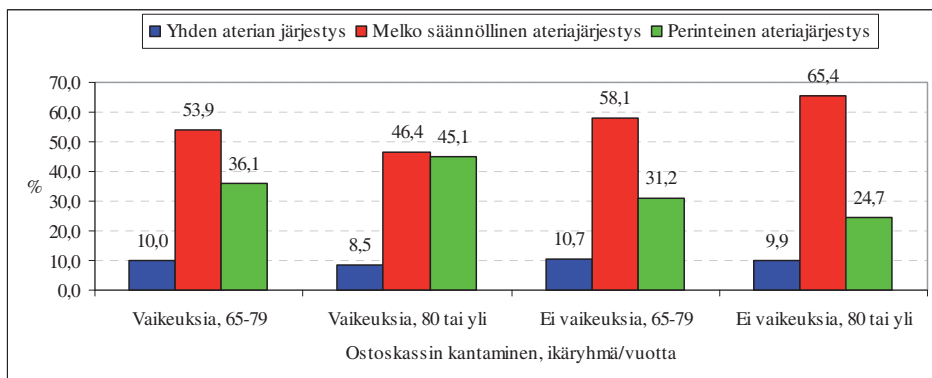
Miehet						Naiset					
Ikäryhmä/vuotta	65-79			80-84			65-79			80-84	
Koettu terveys											
Aterijärjestys	%	Hyvä tai melko hyvä	Keskitasoinen, melko huono tai huono	Hyvä tai melko hyvä	Keskitasoinen, melko huono tai huono	Hyvä tai melko hyvä	Keskitasoinen, melko huono tai huono	Hyvä tai melko hyvä	Keskitasoinen, melko huono tai huono	Keskitasoinen, melko huono tai huono	
Perinteinen aterijärjestys ¹		29,0	35,0	43,6	40,8	28,9	30,4	34,0	32,9		
Muu		71,0	65,0	56,4	59,2	71,1	69,6	66,0	67,1		
Yhteensä	n	947	1063	170	443	960	1107	162	386		

¹ Perinteinen ateriajärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen

Terveys 2000:n mukaan ostoskassin kantamisessa ongelmia kokeneet noudattivat kaikissa ikäryhmissä perinteistä aterijärjestystä useammin kuin ne, joilla ei ollut ongelmia (Kuvat 10 ja 11, liitetaulukko 4). Myös EVTK:ssa vaikeus kantaa painavaa ostoskassia oli lievästi yhteydessä kahden aterian aterijärjestykseen nuoremmilla miehillä ja naisilla (Taulukko 8).

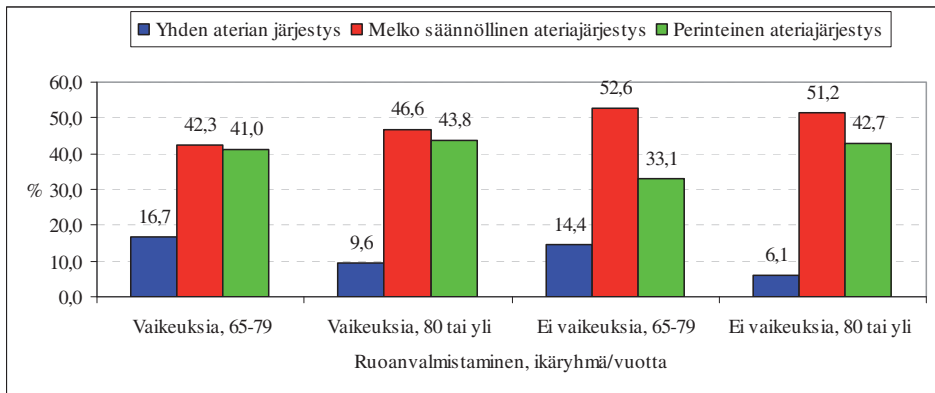


Kuva 10. Aterijärjestys ostoskassin kantamisvaikeuksien mukaan, miehet (T2000)

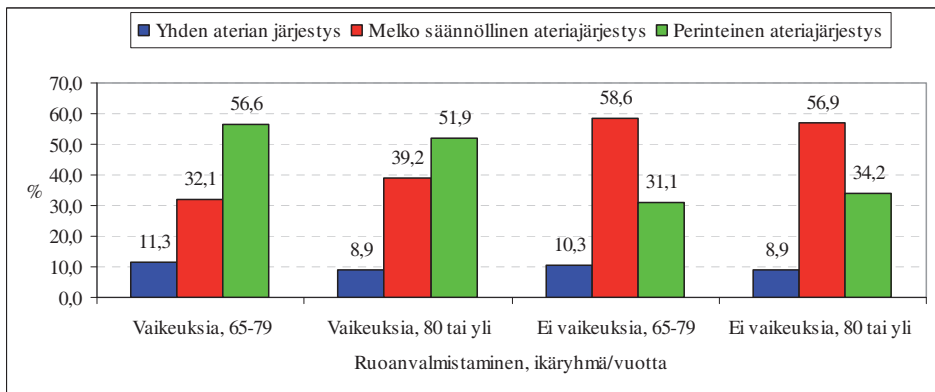


Kuva 11. Aterijärjestys ostoskassin kantamisvaikeuksien mukaan, naiset (T2000)

Ne, joilla oli vaikeuksia asioida kaupassa, noudattivat perinteistä aterijärjestystä muita useammin (Taulukko 9). Myös ruoanvalmistusvaikeuksia kokeneet söivät muita useammin perinteisesti ikäryhmästä riippumatta (Kuvat 12 ja 13, taulukko 10, liitetaulukko 5).



Kuva 12. Aterijärjestys ruoanvalmistusvaikeuksien mukaan, miehet (T2000)



Kuva 13. Aterijärjestys ruoanvalmistusvaikeuksien mukaan, naiset (T2000)

Miehet, joilla ei ollut pureskeluvaikeuksia, noudattivat Terveys 2000 -aineistossa hieman useammin perinteistä aterijärjestystä kuin ne, joilla oli pureskeluvaikeuksia. Naisten osalta tilanne oli päinvastainen (Taulukko 11). EVTK:ssa pureskeluvaikeudet eivät olleet juurikaan yhteydessä aterijärjestykseen (Taulukko 12).

Syömisvaikeuksia raportoineet noudattivat ikäryhmästä riippumatta perinteistä aterijärjestystä useammin kuin ne, jotka eivät vaikeuksia raportoineet (Taulukot 13 ja 14).

Taulukko 8. Ateriajärjestys ostoskassin kantamisvaikeuksien mukaan, % (EVTK)

Miehet										Naiset			
Ikäryhmä/vuotta		65-79			80-84			65-79			80-84		
Ostoskassin kantamisvaikeuksia													
Aterijärjestys	%	On	Ei	On	Ei	On	Ei	On	Ei				
Perinteinen aterijärjestys ¹		34,9	31,4	41,6	41,9	30,4	29,2	32,5	32,2				
Muu		65,1	68,6	58,4	58,1	69,6	70,8	67,5	67,8				
Yhteensä	n	297	1670	231	360	617	1381	304	208				

¹ Perinteinen ateriajärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen

Taulukko 9. Ateriajärjestys kaupassa-asiointivaikeuksien mukaan, % (T2000)

Miehet										
Ikäryhmä/vuotta	65-79			80 tai yli		65-79			80 tai yli	
Kaupassa-asiointivaikeuksia										
Aterijärjestys	%	On	Ei	On	Ei	On	Ei	On	Ei	
Yhden aterian järjestys		20,4	14,1	8,2	8,4	10,5	10,4	8,8	9,1	
Melko säännöllinen aterijärjestys ²		40,8	52,1	47,5	49,5	45,3	58,4	39,8	61,5	
Perinteinen aterijärjestys ¹		38,8	33,8	44,3	42,1	44,2	31,3	51,4	29,4	
Yhteensä	n	49	420	61	95	95	569	216	187	

¹ Perinteinen ateriajärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen² Melko säännöllinen ateriajärjestys: a. Lämmin lounas ja lämmin päivällinen b. Aamupala, kylmä lounas sekä lämmin päivällinen c. Aamupala, lämmin lounas sekä kylmä päivällinen

Taulukko 10. Ateriajärjestys ruoanvalmistusvaikeuksien mukaan, % (EVTK)

Ruoanvalmistusvaikeuksia									
		Miehet				Naiset			
Ikäryhmä/vuotta		65-79		80-84		65-79		80-84	
Ruoanvalmistusvaikeuksia									
Ateriajärjestys	%	On	Ei	On	Ei	On	Ei	On	Ei
Perinteinen ateriajärjestys ¹		33,3	31,3	41,6	40,8	35,3	29,2	37,5	31,2
Muu		66,7	68,7	58,4	59,2	64,7	70,8	62,5	68,8
Yhteensä	n	363	1544	245	292	118	1932	120	413

¹ Perinteinen ateriajärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen

Taulukko 11. Ateriajärjestys pureskeluvaikeuksien mukaan, % (T2000)

Pureskeluvaikeuksia									
		Miehet				Naiset			
Ikäryhmä/vuotta		65-79		80 tai yli		65-79		80 tai yli	
Pureskeluvaikeuksia									
Aterijärjestys	%	On	Ei	On	Ei	On	Ei	On	Ei
Yhden aterian järjestys		18,6	12,9	8,8	8,0	9,5	10,8	8,2	9,4
Melko säännöllinen aterijärjestys ²		50,3	51,3	48,5	48,8	53,5	57,7	43,4	54,7
Perinteinen aterijärjestys ¹		31,1	35,8	42,7	43,2	37,0	31,5	48,4	35,9
Yhteensä	n	151	318	68	88	189	473	182	223

¹ Perinteinen ateriajärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen² Melko säännöllinen ateriajärjestys: a. Lämmin lounas ja lämmin päivällinen b. Aamupala, kylmä lounas sekä lämmin päivällinen c. Aamupala, lämmin lounas sekä kylmä päivällinen

Taulukko 12. Ateriajärjestys pureskeluvaikeuksien mukaan, % (EVTK)

Pureskeluvaikeuksia									
		Miehet				Naiset			
Ikäryhmä/vuotta		65-79		80-84		65-79		80-84	
Pureskeluvaikeuksia									
Aterijärjestys	%	On	Ei	On	Ei	On	Ei	On	Ei
Perinteinen aterijärjestys ¹		31,2	32,6	39,4	42,3	29,7	30,0	33,0	34,0
Muu		68,8	67,4	60,6	57,7	70,3	70,0	67,0	66,0
Yhteensä	n	709	1311	279	362	733	1329	270	285

¹ Perinteinen ateriajärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen

Taulukko 13. Ateriajärjestys syömisvaikeuksien mukaan, % (T2000)

Miehet										Naiset			
Ikäryhmä/vuotta	65-79				80 tai yli		65-79		80 tai yli				
Svömisvaikeuksia													
Aterijärjestys	%	On	Ei	On	Ei	On	Ei	On	Ei				
Yhden aterian järjestys		25,0	14,5	0,0	9,3	9,1	10,4	5,3	9,2				
Melko säännöllinen aterijärjestys ²		37,5	51,2	41,2	49,3	27,3	57,0	31,6	51,5				
Perinteinen aterijärjestys ¹		37,5	34,3	58,8	41,4	63,6	32,6	63,2	39,3				
Yhteensä	n	8	461	17	140	11	653	38	369				

¹ Perinteinen ateriajärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen² Melko säännöllinen ateriajärjestys: a. Lämmin lounas ja lämmin päivällinen b. Aamupala, kylmä lounas sekä lämmin päivällinen c. Aamupala, lämmin lounas sekä kylmä päivällinen

Taulukko 14. Ateriajärjestys syömisvaikeuksien mukaan, % (EVTK)

Syömisvaikeuksien esiintyminen									
Ikäryhmä/vuotta		Miehet				Naiset			
		65-79		80-84		65-79		80-84	
Syömisvaikeuksia									
Aterijärjestys	%	On	Ei	On	Ei	On	Ei	On	Ei
Perinteinen aterijärjestys ¹		39,1	31,9	52,1	40,8	31,7	29,5	38,2	33,0
Muu		60,9	68,1	47,9	59,2	68,3	70,5	61,8	67,0
Yhteensä	n	46	1954	48	546	41	1998	34	509

¹ Perinteinen ateriajärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen

6.4 Koulutuksen, kotitalouden koon, koetun terveyden ja toimintakyvyn yhteys ateriapalveluiden käyttöön

Tuloksia tulkittaessa on huomioitava EVTK- ja Terveys 2000 -aineistojen erilainen kysymysten asettelu ateriapalveluiden²¹ käytön tiedustelun suhteen (kts. kpl 5.1.1 ja 5.2.1).

Matalammin koulutetut ikääntyneet käyttivät ateriapalveluita hieman korkeammin koulutettuja enemmän, lukuunottamatta Terveys 2000 -aineiston yli 80-vuotiaita miehiä (Taulukot 15 ja 16). Yksin asuvat käyttivät sukupuolesta ja ikäryhmästä riippumatta enemmän ateriapalveluita kuin jonkun kanssa asuvat (Taulukot 15 ja 16). Yksin asuvista nuoremmista miehistä ateriapalveluita käytti Terveys 2000 -aineistossa 10 % ja EVTK:ssa 5 %. Naisilla ateriapalveluiden käyttäjiä oli nuoremmassa ikäryhmässä kolmesta neljään prosenttia. Vanhemmassa ikäryhmässä ateriapalveluita käyttäviä oli yksin asuvien miesten keskuudessa runsas 20 % ja naisten keskuudessa EVTK:n mukaan 11 % ja Terveys 2000:n mukaan noin 17 % (Taulukot 15 ja 16).

Terveytensä hyväksi kokeneilla ateriapalveluiden käyttö oli vähäistä ikäryhmästä riippumatta, poikkeuksena Terveys 2000 -aineiston vanhemman ikäryhmän naiset, joiden keskuudessa käyttäjiä oli jopa 14 % (Taulukot 15 ja 16). Myös EVTK:ssa eniten käyttäjiä terveytensä hyväksi kokeneista oli vanhempien naisten keskuudessa, kuitenkin vain 7 %. Terveytensä huonoksi kokeneista ateriapalveluita käytettiin eniten vanhemmissa ikäryhmissä siten, että eniten (16 %) käyttäjiä oli Terveys 2000 -aineistossa miesten keskuudessa.

Tutkittavien toimintakyky²² oli yhteydessä ateriapalveluiden käyttöön. Vaikeudet kaikissa valituissa arkiaskareissa olivat keskittyneet vanhempaan ikäryhmään (kts. kpl 6.2). Kaupassa asiointi-, ostoskassin kantamis-, pureskelu, ruoanvalmistus- ja syömisvaikeuksia kokeneet käyttivät kaikissa ikäryhmissä selvästi enemmän ateriapalveluita kuin vaikeuksia kokemattomat (Taulukot 15 ja 16). Suurimmat ateriapalvelujen käyttäjien osuudet olivat syömisvaikeuksia kokeneilla vanhemman ikäryhmän miehillä ja naisilla sekä vanhemman ikäryhmän ruoanvalmistusvaikeuksia kokeneilla naisilla. Vaikeuksia

²¹ EVTK: Kotipalveluihin kuuluvan ateriapalvelun käyttöä tiedusteltiin kysymyksellä ”Käytättekö seuraavia kotipalveluja?”, jossa vastausvaihtoehtoina olivat ”peruspalvelu” (esim. siivous, hoito kotona, kaupassakäyntiapu), ”ateriapalvelu”, ”kuljetuspalvelu”, ”kylvetysapu” sekä ”en käytä edellä mainittuja kotipalveluja”. Vaihtoehtoja sai merkitä yhden tai useampia. Analyysseja varten muodostettiin uusi kaksiluokkainen (kyllä/ei) muuttuja kuvaamaan ateriapalvelun käyttöä.

Terveys 2000: Aterialvalmistaja-muuttuja luokiteltiin neljään luokkaan: 1) Itse, 2) Puoliso/avopuoliso, muu kotona asuva henkilö, muu sukulainen, naapuri tai ystävä, 3) Kotiavustaja, valmiit ateriat toimitetaan minulle kotiin, 4) Syön ravintolassa tai baarissa, syön työpaikkaruokalassa, palvelutalossa, päiväkeskuksessa, vanhainkodissa tms. (tai noudan ruoan em. paikasta ja ruokailen kotona).

²² Esim. ostoskassin kantaminen, pureskeluvaikeudet, ruoanvalmistusvaikeudet ja syömisvaikeudet

ostokassin kantamisessa ja pureskelemisessa kokeneet käyttivät ateriapalveluita vanhemmassa ikäryhmässä selvästi useammin kuin nuoremmassa, käyttäjien osuudet olivat 15 %:sta reiluun 20 %:iin.

Ateriapalveluita käyttävistä keskimäärin puolet noudatti perinteistä aterijärjestystä, poikkeuksena olivat nuoremman ikäryhmän miehet, joista kolme neljästä noudatti melko perinteistä aterijärjestystä (Taulukko 17). Ravintoloissa, päiväkeskuksissa tai muissa kodin ulkopuolella sijaitsevilla ruokapalveluluissa ruokailevat noudattivat perinteistä aterijärjestystä lähes yhtä usein (vanhemman ikäryhmän miehet) tai vieläkin useammin (kaiken ikäiset naiset). Jos ruoka valmistettiin itse, oli yleisin noudatettu aterijärjestys melko säännöllinen aterijärjestys sukupuolesta ja iästä riippumatta (Taulukko 17).

Taulukko 15. Ateriapalveluiden¹ käyttö eri taustamuuttujien mukaan, % (T2000)

Ikäryhmä/vuotta		Miehet		Naiset	
		65-79	80 tai yli	65-79	80 tai yli
	n	479	157	685	425
Koulutustaso	n	11	20	11	45
Kansakoulu	%	2,6	11,4	2,2	11,9
Korkeampi	%	1,6	19,4	0,5	11,3
Kotitalouden koko	n	12	21	15	55
1 hlö	%	9,8	21,7	3,4	16,6
2 hlöä tai enemmän	%	0,5	8,3	0,9	2,7
Koettu terveydentila	n	12	21	15	53
Hyvä	%	0,5	3,3	0,8	13,9
Huono	%	3,9	15,9	3,1	12,1
Kaupassa-asiontinvaikeuksia	n	12	21	15	53
On vaikeuksia	%	15,1	24,6	13,3	19,2
Ei vaikeuksia	%	0,9	6,3	0,2	4,7
Vaikeuksia ostokassin kantamisessa	n	12	21	15	51
On vaikeuksia	%	10,3	22,1	4,7	14,7
Ei vaikeuksia	%	0,5	2,8	0,5	2,4
Pureskeluvaikeuksia	n	12	21	11	51
On vaikeuksia	%	4,0	17,7	2,6	19,3
Ei vaikeuksia	%	1,9	10,2	1,3	7,1
Vaikeuksia ruoanvalmistamisessa	n	12	20	15	53
On vaikeuksia	%	9,8	23,3	21,7	26,4
Ei vaikeuksia	%	1,0	3,7	0,3	3,5
Vaikeuksia syömisessä	n	12	21	15	54
On vaikeuksia	%	12,5	29,4	25,0	27,5
Ei vaikeuksia	%	2,3	11,4	1,8	11,2

¹ Kysymykseen aterianvalmistajasta vastauksena 3) Kotiavustaja tai valmiit ateria toimitetaan minulle kotiin

Taulukko 16. Ateriapalveluiden¹ käyttö eri taustamuuttujien mukaan, % (EVTK)

Ikäryhmä/vuotta		Miehet		Naiset	
		65-79	80-84	65-79	80-84
	n	2060	640	2119	572
Kouluvuodet	n	33	78	45	56
0-8 vuotta	%	1,9	14,6	2,8	10,3
9 + vuotta	%	1,2	6,3	1,4	9,2
Kotitalouden koko	n	33	83	46	57
Asuu yksin	%	4,9	24,0	3,9	10,8
Asuu jonkun kanssa	%	0,8	9,1	0,8	8,5
Koettu terveys	n	33	83	46	57
Hyvä tai melko hyvä	%	0,9	1,0	1,1	6,8
Keskitasoinen, melko huono tai huono	%	2,3	2,6	3,1	11,4
Vaikeuksia esim. ostoskassin kantamisessa	n	32	80	43	8
On vaikeuksia	%	5,9	22,0	5,2	14,3
Ei vaikeuksia	%	0,8	7,3	0,7	3,8
Pureskeluvaikeuksia	n	34	78	44	57
On vaikeuksia	%	2,1	16,8	3,4	14,5
Ei vaikeuksia	%	1,4	8,9	1,4	5,9
Vaikeuksia ruoanvalmistamisessa	n	31	67	41	53
On vaikeuksia	%	5,2	19,9	19,9	32,0
Ei vaikeuksia	%	0,8	5,7	0,9	3,3
Vaikeuksia syömisessä	n	31	78	43	54
On vaikeuksia	%	2,1	37,3	9,6	28,6
Ei vaikeuksia	%	1,5	10,6	1,9	8,5

¹ Kyllä-vastaus kysymyksen ”Käytättekö seuraavia kotipalveluja?” kohtaan ”ateriapalvelu”

Taulukko 17. Ateriajärjestys aterioiden valmistajan mukaan, % (T2000)

Ateriat																	
Miehet										Naiset							
Ikäryhmä/vuotta		65-79					80 tai yli			65-79					80 tai yli		
Aterioiden valmistaja ¹																	
	%	Itse	Lähi- piiriin kuu- luva	Koti- palve- lu tms.	Ravintola, palveluta- lo, päivä- keskus tms.	Itse	Lähi- piiriin kuu- luva	Koti- palve- lu tms.	Ravintola, palveluta- lo, päivä- keskus tms.	Itse	Lähi- piiriin kuu- luva	Koti- palve- lu tms.	Ravintola, palveluta- lo, päivä- keskus tms.	Itse	Lähi- piiriin kuu- luva	Koti- palve- lu tms.	Ravintola, palveluta- lo, päivä- keskus tms.
Aterijärjestys																	
Yhden aterian järjes- tys		24,1	11,1	9,1	22,7	16,7	3,8	14,3	5,0	10,7	13,6	0,0	0,0	10,1	11,1	2,0	7,1
Melko säännöllinen ateriajärjestys ²		58,0	49,4	72,7	27,3	52,8	50,6	33,3	45,0	57,1	59,1	45,5	35,7	58,2	28,9	47,1	21,4
Perinteinen aterijär- jestys ³		17,9	39,5	18,2	50,0	30,6	45,6	52,4	50,0	32,3	27,3	54,6	64,3	31,7	60,0	51,0	71,4
n		112	324	11	22	36	79	21	20	617	22	11	14	268	45	51	42

¹ Ateriavalmistaja-muuttuja: 1) Itse, 2) Puoliso/avopuoliso, muu kotona asuva henkilö, muu sukulainen, naapuri tai ystävä, 3) Kotiavustaja, valmiit ateria toimitetaan minulle kotiin, 4) Syön ravintolassa, baarissa, työpaikkaruokalassa, palvelutalossa, päiväkeskuksessa, vanhainkodissa tms. (tai noudan ruoan em. paikasta ja ruokailen kotona.

² Melko säännöllinen ateriajärjestys: a. Lämmin lounas ja lämmin päivällinen b. Aamupala, kylmä lounas sekä lämmin päivällinen c. Aamupala, lämmin lounas sekä kylmä päivällinen

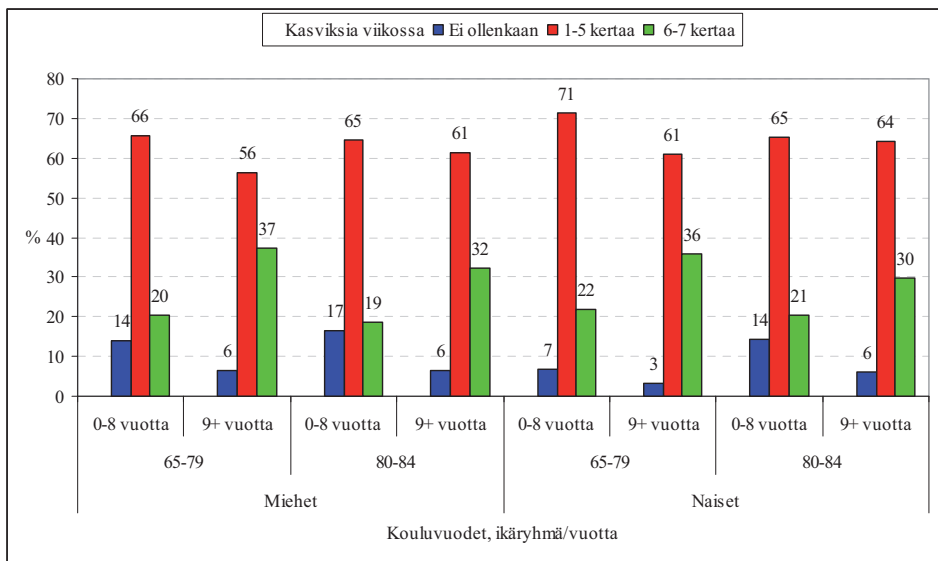
³ Perinteinen ateriajärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen

6.5 Ateriajärjestys ja ruokavalion laatu

6.5.1 Tuoreiden kasvien käyttö (EVTK)

Tuoreiden kasvien käyttö päivittäin oli vähäisempää vanhemmassa ikäryhmässä sekä naisilla että miehillä (Taulukko 2). Nuoremmista tutkittavista kasviksia käytti 6–7 kertaa viikossa lähes 30 %, mutta vanhemmista hieman yli 20 %. Sellaisia, jotka eivät käyttäneet tuoreita kasviksia lainkaan, oli nuorempien joukossa 11 % (miehet) ja 5 % (naiset) ja vanhempien joukossa runsaat 10 %.

Koulutus oli selvästi yhteydessä tuoreiden kasvien käyttöön; korkeammin koulutetuista selvästi suurempi osuus nautti niitä päivittäin tai lähes päivittäin verrattuna matalammin koulutettuihin (Kuva 14, liitetaulukko 7). Tuoreet kasvikset kokonaan väliin jättäviä oli vastaavasti enemmän matalammin koulutettujen keskuudessa, sukupuolesta ja iästä riippumatta.

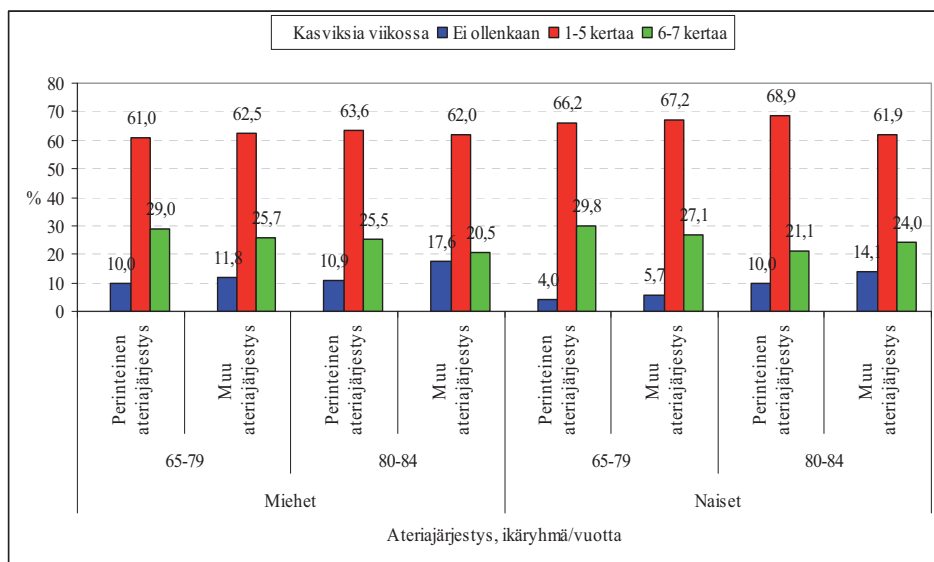


Kuva 14. Tuoreiden kasvien käyttö koulutuksen mukaan (EVTK)

Päivittäin tai lähes päivittäin tuoreita kasviksia käytti noin 30 % toisen kanssa asuvista alle 80-vuotiaista miehistä ja naisista, sekä yli 80-vuotiaista yksin asuvista miehistä (Taulukko 18). Sellaisia, jotka eivät käyttäneet kasviksia lainkaan, oli eniten yksin asuvien miesten keskuudessa iästä riippumatta. Toisaalta myös yli 80-vuotiaista jonkun kanssa asuvista naisista 14 % ei käyttänyt kasviksia lainkaan.

Ikääntyneet, jotka kokivat terveytensä hyväksi tai melko hyväksi, sisällyttivät tuotteet kasvikset ruokavalioonsa terveytensä huonoksi kokeneita useammin (Taulukko 19). Lisäksi tuoreiden kasvien käyttämättömyys oli yhteydessä huonoon tai melko huonoon koettuun terveyteen. Toimintakyvyssään ongelmia kokeneet tutkittavat söivät harvemmin tuoreita kasviksia verrattuna tutkittaviin, jotka eivät kokeneet ongelmia (Taulukot 20 ja 21, liitetaulukot 8 ja 9).

Ateriajärjestyksen ja tuoreiden kasvien päivittäiskäytön välillä oli yhteys. Perinteistä ateriajärjestystä noudattavien keskuudessa tuoreita kasviksia päivittäin tai lähes päivittäin käyttäviä oli hiukan enemmän kuin muuta ateriajärjestystä noudattavien keskuudessa (Kuva 15, liitetaulukko 6). Toisaalta perinteistä ateriajärjestystä noudattavat ikääntyneet olivat hiukan harvemmin kokonaan käyttämättä tuoreita kasviksia verrattuna muihin ateriajärjestyksiä noudattaviin.



Kuva 15. Tuoreiden kasvien käyttö ateriajärjestyksen mukaan (EVTK)

Taulukko 18. Tuoreiden kasvisten käyttö kotitalouden koon mukaan, % (EVTK)

Miehet						Naiset			
Ikäryhmä/vuotta	65-79		80-84		65-79		80-84		
Kotitalouden koko									
Kasviksia viikossa	%	Yksin	Jonkun kanssa	Yksin	Jonkun kanssa	Yksin	Jonkun kanssa	Yksin	Jonkun kanssa
Ei ollenkaan		16,9	9,9	21,2	11,8	6,6	4,1	12,0	13,6
1-5 kertaa		60,4	62,5	50,3	68,3	68,2	65,8	65,1	63,6
6-7 kertaa		22,7	27,6	28,5	20,0	25,2	30,1	22,9	22,7
Yhteensä	n	381	1627	165	441	928	1143	350	198

Taulukko 19. Tuoreiden kasvisten käyttö koetun terveyden mukaan, % (EVTK)

Miehet					Naiset				
Ikäryhmä/vuotta	65-79		80-84		65-79		80-84		
Koettu terveys									
Kasviksia viikossa	%	Hyvä tai melko hyvä	Keskitasoinen, melko huono	Hyvä tai melko hyvä	Keskitasoinen, melko huono	Hyvä tai melko hyvä	Keskitasoinen, melko huono	Hyvä tai melko hyvä	Keskitasoinen, melko huono
Ei ollenkaan		9,4	12,9	13,5	14,6	2,9	7,1	9,6	14,0
1-5 kertaa		59,9	64,2	62,4	63,8	63,8	69,6	61,8	65,5
6-7 kertaa		30,7	23,0	24,1	21,6	33,2	23,2	28,7	20,5
Yhteensä	n	946	1060	170	439	961	1104	157	386

Taulukko 20. Tuoreiden kasvisten käyttö pureskeluvaikeuksien mukaan, % (EVTK)

		Miehet				Naiset			
Ikäryhmä/vuotta		65–9		80-84		65-79		80-84	
Pureskeluvaikeuksia									
Kasviksia viikossa	%	On	Ei	On	Ei	On	Ei	On	Ei
Ei ollenkaan		15,4	8,8	17,3	12,0	6,9	4,1	16,3	8,6
1-5 kertaa		63,6	61,5	60,9	64,5	68,0	66,4	63,9	66,1
6-7 kertaa		21,0	29,8	21,8	23,5	25,1	29,6	19,8	25,4
Yhteensä	n	705	1295	271	324	720	1327	263	280

■

Taulukko 21. Tuoreiden kasvisten käyttö syömisvaikeuksien mukaan, % (EVTK)

Miehet										Naiset			
Ikäryhmä/vuotta		65-79				80-84		65-79		80-84			
Vaikeuksia syömisessä													
Kasviksia viikossa	%	On	Ei	On	Ei	On	Ei	On	Ei				
Ei ollenkaan		17,3	11,0	11,1	14,9	15,7	4,9	12,1	12,4				
1-5 kertaa		61,6	62,1	71,1	62,1	63,2	67,0	72,7	64,3				
6-7 kertaa		21,1	27,0	17,8	23,0	21,0	28,1	15,2	23,4				
Yhteensä	n	48	1934	45	543	38	1990	33	501				

6.5.2 Aterijärjestyksen yhteys ruoankäyttöön ja ravinnonsaantiin (T2000)

Miesten nuoremassa (65-79-vuotiaat) ikäryhmässä perinteistä aterijärjestystä noudattaneet söivät enemmän ruista ja enemmän margariinia ja saivat ravinnostaan enemmän hiilihydraatteja, kuitua ja hiukan enemmän rautaa verrattuna muita aterijärjestyksiä noudattaneisiin (Taulukko 22), erot säilyivät energiavakioinnista huolimatta rautaa lukuunottamatta (Liitetaulukko 10). Miesten vanhemmassa ikäryhmässä (80-vuotiaat ja vanhemmat) aterijärjestys ei ollut yhteydessä ruoka-aineiden käyttöön eikä ravintoaineiden saantiin.

Nuoremman ikäryhmän perinteistä aterijärjestystä noudattaneet naiset söivät enemmän viljaa, voita ja lihaa, ja he saivat ravinnostaan enemmän energiaa, folaatteja ja rautaa kuin ei-perinteistä aterijärjestystä noudattaneet nuoremman ikäryhmän naiset (Taulukko 23). Tulokset olivat samansuuntaisia, kun ryhmien välinen energian saantiero otettiin huomioon (Liitetaulukko 11). Vanhemman (80-vuotiaat ja vanhemmat) ikäryhmän naisilla ei todettu tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä aterijärjestyksen, ruoka-aineiden käytön ja ravintoaineiden saannin välillä.

Energian saanti oli systemaattisesti korkeampi kaikilla perinteistä aterijärjestystä noudattavilla iästä ja sukupuolesta riippumatta, mutta erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Verrattaessa ikääntyneiden ravintoaineiden saantia kansallisiin suosituksiin, voidaan todeta, että ravintoaineiden saanti on pääosin suositusten mukaista ateriointijärjestyksestä riippumatta. Tutkituista vitamiineista vain D-vitamiinin saanti jäi kaikilla alle suositusten, mutta C-vitamiinia ja folaattia sekä rautaa ja kalsiumia saatiin reilusti suositukset täyttävä määrä. Energiaravintoaineiden (proteiini, rasva ja hiilihydraatit) osuus oli suositusten mukainen, ja kuidun saantikin oli riittävä.

Taulukko 22. Ateriajärjestyksen yhteys ruoankäyttöön (g/vrk), miehet

Ikäryhmä/vuotta		65-79					80 tai yli			
Aterijärjestys	Perinteinen ³		Ei-perinteinen			Perinteinen ³		Ei-perinteinen		
n	161		308			68		89		
Ruoka-aineet g/vrk	ka ¹	sd ²	ka ¹	sd ²	p-arvo	ka ¹	sd ²	ka ¹	sd ²	p-arvo
Kasvikset	254,2	194,5	237,0	180,4	0,39	250,2	193,6	235,3	194,8	0,70
Viljat	218,8	89,9	203,0	95,0	0,11	240,7	105,0	209,3	94,7	0,12
Ruis	57,2	37,0	49,8	33,2	0,05	44,5	28,5	52,7	27,3	0,15
Voi	13,2	10,3	13,3	9,2	0,93	16,8	11,9	14,3	9,2	0,24
Öljyt	8,2	4,7	8,2	4,7	0,95	10,3	6,7	8,4	5,0	0,13
Margariinit	10,1	9,4	7,9	8,7	0,02	6,6	7,4	6,7	8,2	0,97
Kala	56,8	46,2	55,6	48,3	0,82	62,3	84,4	44,5	40,6	0,21
Liha	157,4	98,3	152,4	93,6	0,62	206,6	143,8	171,4	93,8	0,17
Sokeri	38,9	27,8	34,2	25,9	0,10	48	51,2	45,2	34,9	0,76
Ravintoaineet										
Energia (kJ)	10149,2	3910,4	9578,9	3551,3	0,15	11611,6	4591,2	10227,9	3308,7	0,10
Proteiini E%	16,6	2,1	16,5	2,2	0,67	16,3	1,7	15,7	2,0	0,17
Rasva E%	34,8	4,6	35,3	5,3	0,35	36,1	5,2	35,5	5,4	0,55
Hiilihydraatit E%	47,5	5,4	45,9	6,3	0,01	46,8	5,9	47,8	6,4	0,46
Kuitu g/vrk	28,0	11,1	25,2	10,8	0,02	30,0	11,1	26,2	10,2	0,08
D-vitamiini µg/vrk	8,5	5,0	8,4	5,2	0,81	9,6	10,7	7,3	5,0	0,18
C-vitamiini mg/vrk	123,7	77,7	117,6	76,8	0,46	132,8	77,6	126,4	70,8	0,67
Folaatit µg/vrk	356,8	151,2	334,6	139,2	0,15	387,9	136,6	349,3	155,7	0,20
Kalsium mg/vrk	1396,5	600,0	1284,1	605,8	0,08	1408,1	614,4	1369,3	612,6	0,76
Rauta mg/vrk	16,4	6,2	15,1	6,0	0,05	18,4	6,3	16,0	6,3	0,07

¹ Keskiarvo² Keskihajonta³ Perinteinen ateriajärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen

Taulukko 23. Ateriajärjestyksen yhteys ruoankäyttöön (g/vrk), naiset

Ikärymä/vuotta	65-79					80 tai yli				
Aterijärjestys	Perinteinen ³		Ei-perinteinen			Perinteinen ³		Ei-perinteinen		
n	220		444			169		238		
Ruoka-aineet g/vrk	ka ¹	sd ²	ka ¹	sd ²	p-arvo	ka ¹	sd ²	ka ¹	sd ²	p-arvo
Kasvikset	305,9	199,9	295	195,7	0,55	266	208,0	264,2	236,3	0,95
Viljat	205,0	77,8	190,4	82,2	0,05	195,9	75,3	183,2	84,3	0,22
Ruis	52	28,4	47,5	29,2	0,10	43,6	34,5	43,9	26,3	0,93
Voi	12,7	8,8	11,1	8,4	0,05	13,9	10,4	13,7	9,5	0,87
Öljyt	8,7	5,6	8,5	5,3	0,75	8	5,8	8,2	5,2	0,68
Margariinit	8,6	8,2	9,2	8,7	0,43	6,8	7,8	6,5	8,2	0,71
Kala	59,9	60,4	55,3	50,7	0,39	53,5	57,8	53,4	58,3	0,99
Liha	169	148,7	143,6	102,0	0,05	160,8	117,6	143,4	103,0	0,22
Sokeri	32,9	22,7	30,9	26,4	0,38	37,6	29,4	35,5	30,8	0,59
Ravintoaineet										
Energia (kJ)	9979,6	3700,3	9323,8	3609,4	0,05	9826,4	3779,1	9386,9	3923,2	0,38
Proteiini E%	17,2	2,2	17,2	2,4	0,90	16,4	2,3	16,4	2,4	0,99
Rasva E%	34,9	5,1	35,0	5,0	0,70	34,8	5,2	35,9	4,5	0,07
Hiilihydraatit E%	47,7	6,2	47,3	6,0	0,52	48,6	5,9	47,2	5,6	0,06
Kuitu g/vrk	28,8	9,9	27,0	10,4	0,07	27,1	11,4	25,1	10,8	0,16
D-vitamiini µg/vrk	8,9	6,3	8,2	5,7	0,22	7,9	6,0	7,9	6,6	0,89
C-vitamiini mg/vrk	158,9	87,4	152,2	88,0	0,41	145,3	87,3	141,8	96,6	0,77
Folaatit µg/vrk	384,5	164,0	349,6	141,2	0,02	356,8	163,1	346,7	172,2	0,64
Kalsium mg/vrk	1452,7	590,8	1397,2	580,5	0,31	1309,3	494,0	1319,5	619,8	0,89
Rauta mg/vrk	16,7	6,5	15,1	6,0	0,01	16,1	7,0	14,8	6,5	0,12

¹ Keskiarvo² Keskihajonta³ Perinteinen ateriajärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen

6.5.3 Koettu terveys, toimintakyky sekä ruoankäyttö ja ravinnonsaanti

Miesten nuoremmassa ikäryhmässä terveytensä huonoksi kokeneet söivät enemmän lihaa ja vähemmän sokeria ja saivat ravinnostaan enemmän proteiinia verrattuna terveytensä hyväksi kokeneisiin (Taulukko 24). Energiavakioinnin jälkeen ero lihan ja sokerin syönnissä säilyi ryhmien välillä (Liitetaulukko 12). Vanhemman ikäryhmän terveytensä huonoksi kokeneet miehet söivät enemmän sokeria ja vähemmän ruista, ja näistä ero sokerin syönnissä säilyi energiavakioinnin jälkeenkin.

Naisten nuoremmassa ikäryhmässä koettu terveys ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä ruoan käyttöön eikä ravintoaineiden saantiin (Taulukko 24, liitetaulukko 12). Naisten vanhemmassa ikäryhmässä terveytensä huonoksi kokeneet saivat ravinnostaan vähemmän C-vitamiinia ja rasvaa ja enemmän hiilihydraatteja kuin terveytensä hyväksi kokeneet (Taulukko 24). Energiavakioinnin jälkeen eroja havaittiin myös lihan syönnissä: terveytensä huonoksi kokeneet söivät lihaa vähemmän kuin terveytensä hyväksi kokeneet (Liitetaulukko 12).

Kaupassa-asiointivaikeuksia kokeneet nuoremmen ikäryhmän miehet söivät vähemmän ruista verrattuna miehiin, jotka eivät ilmoittaneet vaikeuksia kaupassa asioinnissa (Taulukko 25). Energiavakioinnin jälkeen ero rukiin syönnissä säilyi ja lisäksi havaittiin, että ne, joilla oli vaikeuksia kaupassa asioinnissa, saivat ruokavaliostaan vähemmän kuitua kuin ne, jotka ei ilmoittaneet kaupassa asioinnissa (Liitetaulukko 13). Vanhemman ikäryhmän miehet söivät vähemmän kasviksia ja saivat ravinnostaan enemmän hiilihydraatteja, jos heillä oli vaikeuksia kaupassa asioinnissa, ero säilyi energiavakioinnin jälkeenkin (Taulukko 25, liitetaulukko 13).

Naisten nuoremmassa ikäryhmässä vaikeuksia kaupassa asioinnissa kokeneet söivät vähemmän kasviksia verrattuna niihin, joilla ei vaikeuksia ilmennyt (Taulukko 25). Energiavakioinnin jälkeen ero kasvien osalta säilyi, ja lisäksi havaittiin eroja lihan käytössä ja kalsiumin saannissa. Lihaa söivät enemmän ne naiset, joilla oli vaikeuksia kaupassa-asioinnissa, kun taas kalsiumin saanti oli korkeampaa niillä, joilla ei ollut vaikeuksia (Liitetaulukko 13). Vanhemmassa ikäryhmässä vaikeuksia kaupassa-asioinnissa kokeneet naiset söivät enemmän voita ja sokeria ja saivat ravinnostaan enemmän hiilihydraatteja mutta vähemmän rasvaa ja proteiineja (Taulukko 25). Energiavakioinnin jälkeen eroja voion käytössä ei enää havaittu, mutta sen sijaan vaikeuksia kaupassa-asioinnissa kokeneet nauttivat vähemmän ruista, öljyä ja kasviksia ja saivat ravinnostaan vähemmän kuituja ja rautaa, mutta enemmän sokeria kuin vaikeuksia kokemattomat (Liitetaulukko 13).

Taulukko 24. Koetun terveyden yhteys¹ ruoankäyttöön (g/vrk) ja ravinnonsaantiin

Miehet											
Ikäryhmä/vuotta	65-79					80 tai yli					
	Terv.tila	n	lv ala ²	ka	lv ylä ³	Terv.tila	n	lv ala ²	ka	lv ylä ³	
Liha (g) (p=0,02)	Huono	219	149,3	164,2	179,0	Ruis (g) (p=0,01)	Huono	78	39,5	45,6	51,7
	Hyvä	171	132,7	143,3	153,8		Hyvä	23	49,6	61,6	73,7
Sokeri (g) (p=0,05)	Huono	219	30,6	34,1	37,5	Sokeri (g) (p=0,01)	Huono	78	39,7	50,3	60,8
	Hyvä	171	35,2	39,6	44,0		Hyvä	23	26,3	33,4	40,4
Proteiini (E%) (p=0,04)	Huono	219	16,5	16,7	17,0						
	Hyvä	171	15,9	16,3	16,6						
Naiset											
						Rasva (E%) (p<0,01)	Huono	179	34,1	34,8	35,5
							Hyvä	77	36,5	37,6	38,7
						Hiilihydraatit (E%) (p<0,01)	Huono	179	47,8	48,6	49,4
							Hyvä	77	43,8	45,0	46,2
						C-vitamiini (mg) (p=0,03)	Huono	179	122,3	135,6	148,8
							Hyvä	77	140,5	162,5	184,5

¹ Vain tilastollisesti merkitsevät tulokset on raportoitu

² Luottamusvälin alaraja

³ Luottamusvälin yläraja

Taulukko 25. Kaupassa-asiointivaikeuksien yhteys¹ ruoankäyttöön (g/vrk) ja ravinnonsaantiin

Miehet											
Ikäryhmä/vuotta	65-79					80 tai yli					
	Vaikeuksia	n	lv ala ²	ka	lv ylä ³	Vaikeuksia	n	lv ala ²	ka	lv ylä ³	
Ruis (g) (p=0,02)	On	24	24,6	36,9	49,2	Kasvikset (g) (p=0,03)	On	37	146,8	193,1	
	Ei ole	367	49,6	53,2	56,8		Ei ole	63	215,7	270,2	324,8
						Hiilihydraatit (E%) (p=0,03)	On	37	47,1	49,2	51,4
							Ei ole	63	45,2	46,5	47,9
Naiset											
Kasvikset (g) (p=0,03)	On	66	200,5	246,5	292,5	Voi (g) (p=0,02)	On	130	13,4	15,3	17,2
	Ei ole	472	285,4	303,2	321,0		Ei ole	125	10,9	12,4	13,9
						Sokeri (g) (p=0,03)	On	130	34,9	40,7	46,5
							Ei ole	125	27,6	32,3	36,9
						Rasva (E%) (p=0,04)	On	130	34,1	34,9	35,8
							Ei ole	125	35,3	36,2	37,0
						Proteiini (E%) (p=0,03)	On	130	15,6	16,0	16,5
							Ei ole	125	16,3	16,7	17,1
						Hiilihydraatit (E%) (p=0,02)	On	130	47,5	48,5	49,4
							Ei ole	125	45,8	46,8	47,9

¹ Vain tilastollisesti merkitsevät tulokset on raportoitu² Luottamusvälin alaraja³ Luottamusvälin yläraja

6.5.4 Koettu terveys, toimintakyky ja ateriajärjestys sekä ruoankäyttö ja ravinnonsaanti

Perinteistä ateriajärjestystä noudattaneet huonoa terveydentilaa raportoineet miehet ja naiset söivät enemmän viljatuotteita ja saivat ravinnostaan enemmän kuituja ja rautaa kuin muita ateriajärjestyksiä noudattaneet (Taulukko 26). Perinteistä ateriajärjestystä noudattavat huonoksi terveydentilansa kokeneet naiset saivat lisäksi ravinnostaan vähemmän rasvaa. Energiavakioinnin jälkeen mikään eroista ei säilynyt miesten kohdalla, mutta naisilla erot säilyivät kuidun ja raudan saannin osalta (Liitetaulukko 14). Lisäksi havaittiin, että perinteistä ruokavaliota noudattaneet, terveytensä huonoksi kokeneet naiset käyttivät vähemmän öljyä, kuin muita ateriajärjetyksiä noudattaneet terveytensä huonoksi kokeneet naiset. Hyvää terveydentilaa raportoineiden miesten osalta ei ilmennyt tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ateriajärjestyksen ja ruoan käytön tai ravinnonsaannin välillä. Perinteistä ateriajärjestystä noudattaneet terveytensä hyväksi kokeneet naiset söivät enemmän lihaa kuin muut (Taulukko 26), ja ero säilyi energiavakioinnin jälkeenkin (Liitetaulukko 14).

Yli 80-vuotiaiden ruoankäyttöä ja ravinnonsaantia koskevat tulokset olivat niin epäluotettavia pienen vastaajamäärän vuoksi, että niitä ei raportoitu, tuloksia voi tarkastella liitetaulukoissa 15 ja 16.

Taulukko 26. Koetun terveyden ja ateriajärjestyksen yhteys¹ ruoankäyttöön (g/vrk) ja ravinnonsaantiin, kaikki yli 65-vuotiaat

Miehet						Naiset					
Koettu terveys	Aterijärjestys	n	lv ala ²	ka	lv ylä ³	Koettu terveys	Aterijärjestys	n	lv ala ²	ka	lv ylä ³
Huono						Huono					
Viljat (g) p=0,02	Ei-perinteinen	182	184,2	197,1	209,9	Viljat (g) p=0,05	Ei-perinteinen	310	180,06	189,1	198,33
	Perinteinen ⁴	111	206,1	222,9	239,7		Perinteinen ⁴	183	192,73	203,8	215,02
Kuitu (g) p=0,01	Ei-perinteinen	182	23,6	25,1	26,6	Kuitu (g) p=0,01	Ei-perinteinen	310	25,0	26,2	27,4
	Perinteinen ⁴	111	26,3	28,3	30,4		Perinteinen ⁴	183	27,1	28,8	30,4
Rauta (mg) p=0,02	Ei-perinteinen	182	14,3	15,2	16,0	Rauta (mg) p=0,01	Ei-perinteinen	310	14,3	15,0	15,7
	Perinteinen ⁴	111	15,7	17,0	18,2		Perinteinen ⁴	183	15,7	16,7	17,6
						Rasva (E%) p=0,04	Ei-perinteinen	310	34,8	35,4	35,9
							Perinteinen ⁴	183	33,7	34,4	35,1
Hyvä						Hyvä					
	Ei-perinteinen					Liha (g) p=0,03	Ei-perinteinen	200	126,9	140,8	154,7
	Perinteinen ⁴						Perinteinen ⁴	83	147,7	188,7	229,7

Kaupassa-asiointivaikeuksia raportoineet perinteistä aterijärjestystä noudattaneet miehet saivat ravinnostaan hiukan enemmän proteiinia muita aterijärjestyksiä noudattaneihin verrattuna (Taulukko 27). Energiavakioinnin jälkeen eroa ei kuitenkaan enää havaittu (Liitetaulukko 17). Kaupassa-asiointivaikeuksia kokemattomat perinteistä aterijärjestystä noudattavat miehet söivät enemmän viljatuotteita ja saivat ravinnostaan enemmän kuituja, rautaa, hiilihydraatteja ja hiukan enemmän energiaa verrattuna ei-perinteistä aterijärjestystä noudattaviin miehiin (Taulukko 27). Energiavakioinnin jälkeen erot säilyivät vain kuidun- ja raudansaannin osalta (Liitetaulukko 17). Kaupassa-asiointivaikeuksia kokeneiden naisten osalta ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja ruoankäytössä perinteisesti ja ei-perinteisesti syöneiden välillä (Taulukko 27). Energiavakioinnin jälkeen tosin havaittiin ero öljyjen käytössä, kun perinteisesti syövät kaupassa-asiointivaikeuksia kokeneet naiset käyttivät öljyjä vähemmän verrattuna ei-perinteisesti syöviin vaikeuksia kokeneisiin naisiin (Liitetaulukko 17). Kaupassa-asiointivaikeuksia kokemattomien perinteistä ja ei-perinteistä aterijärjestystä noudattavien välillä ilmeni eroja. Perinteistä aterijärjestystä noudattaneet naiset söivät enemmän voita, viljatuotteita ja lihaa ja ravinnosta saatu energian, kuitujen, raudan ja folaattien määrä oli suurempi (Taulukko 27). Energiavakiointi hävitti kaikki muut havaitut erot, mutta ryhmien välinen ero lihan syönnissä säilyi (Liitetaulukko 17).

Yli 80-vuotiaiden ruoankäyttöä ja ravinnonsaantia koskevat tulokset olivat niin epäluotettavia pienen vastaajamäärän (vastausprosentti 52 %) vuoksi, että niitä ei raportoitu, tuloksia voi tarkastella liitetaulukoissa 18 ja 19.

Taulukko 27. Kaupassa-asointivaikeuksien ja ateriajärjestyksen yhteys¹ ruoankäyttöön (g/vrk) ja ravinnonsaantiin, kaikki yli 65-vuotiaat

Miehet						Naiset					
Vaikeuksia	Aterijärjestys	n	lv ala ²	ka	lv ylä ³	Vaikeuksia	Aterijärjestys	n	lv ala ²	ka	lv ylä ³
On						On					
Proteiini (E%) p=0,05	Ei-perinteinen	33	14,6	15,3	16,1						
	Perinteinen ⁴	24	15,7	16,5	17,3						
Ei ole						Ei ole					
Viljat (g) p=0,05	Ei-perinteinen	277	193,6	205,0	216,3	Voi (g) p=0,03	Ei-perinteinen	408	10,3	11,0	11,8
	Perinteinen ⁴	151	209,0	224,4	239,9		Perinteinen ⁴	181	11,3	12,6	13,8
Kuitu (g) p=0,00	Ei-perinteinen	277	24,1	25,4	26,7	Viljat (g) p=0,01	Ei-perinteinen	408	178,2	186,0	193,8
	Perinteinen ⁴	151	27,1	29,0	30,8		Perinteinen ⁴	181	192,0	203,2	214,5
Rauta (mg) p=0,01	Ei-perinteinen	277	14,6	15,3	16,0	Liha (g) p=0,01	Ei-perinteinen	408	129,4	138,2	147,0
	Perinteinen ⁴	151	15,9	16,9	18,0		Perinteinen ⁴	181	147,7	170,1	192,6
Hiilihydraatit (E%) p= 0,00	Ei-perinteinen	277	45,1	45,9	46,6	Energia (kJ) p=0,02	Ei-perinteinen	408	8883,8	9226,2	9568,6
	Perinteinen ⁴	151	46,7	47,5	48,3		Perinteinen ⁴	181	9417,7	9970,6	10524,0
Energia (kJ) p=0,05	Ei-perinteinen	277	9262,1	9680,9	10100,0	Kuitu (g) p=0,03	Ei-perinteinen	408	25,8	26,8	27,8
	Perinteinen ⁴	151	9807,8	10475,0	11142,0		Perinteinen ⁴	181	27,4	28,8	30,2
						Rauta (g) p=0,00	Ei-perinteinen	408	14,4	15,0	15,6
							Perinteinen ⁴	181	15,7	16,6	17,5
						Folaatti (g) p=0,04	Ei-perinteinen	408	334,8	349,1	363,5
							Perinteinen ⁴	181	354,2	376,8	399,4

¹ Vain tilastollisesti merkitsevät tulokset on raportoitu

² Luottamusvälin alaraja

³ Luottamusvälin yläraja

⁴ Perinteinen aterijärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen

7 POHDINTA

Koska ikäihmisten lukumäärän arvioidaan lähes kaksinkertaistuvan Suomessa vuoteen 2030 mennessä, tulee ikääntyneille tarkoitettujen ateriapalvelujen kuten muidenkin palvelujen tarve lisääntymään. Siksi on tärkeää saada valtakunnallista tietoa ikääntyneiden aterioinnista. Tämän tutkimuksen lähtökohtana oli selvittää, minkälaista tietoa ikääntyneiden ateriapalveluista ja muusta aterioinnista saadaan analysoimalla jo olemassa olevien seurantatutkimusten aineistoja.

Kahden Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen²³ keräämän väestötutkimuksen aineistoja analysoimalla tutkittiin yli 64-vuotiaiden suomalaisten aterijärjestystä ja ateriapalveluiden käyttöä. Tarkoituksena oli kuvata erilaisten ateriointitapojen yleisyyttä ja niiden vaihtelua iän, koulutuksen, asumismuodon, terveyden ja toimintakyvyn mukaan. Lisäksi selvitettiin, oliko aterijärjestyksellä yhteys ruokavalion laatuun.

Käytettyjen tutkimusaineistojen väliset erot

Selvitykseen valitut Terveys 2000 - ja EVTK-tutkimukset sisältävät molemmat tietoja ikääntyneiden aterijärjestyksestä ja ateriapalveluiden käytöstä sekä näihin mahdollisesti vaikuttavista tekijöistä. Tutkimuksilla on kuitenkin eroja, jotka on syytä ottaa huomioon tuloksia tulkittaessa.

Terveys 2000 -tutkimuksen tiedot on kerätty tekemällä terveyshaastattelu tutkittavan kotona ja terveystarkastus tutkimuspaikalla. 80 vuotta täyttäneistä 40 % oli yli 85-vuotiaita eikä osanoton yläikärajaa ollut – vanhin tutkimukseen osallistunut nainen oli 99-vuotias ja vanhin mies 97-vuotias. Nuoremmasta (65-79-vuotiaat) ikäryhmästä osallistui tutkimuspaikalla tai kotona tehtyyn terveystarkastukseen 85 % ja ravintokyselyyn 71 %. Terveystarkastukseen sekä ravintokyselyyn osallistui 71 %, mitä voidaan pitää hyvänä osallistumisasteena. Vanhemmasta ikäryhmästä terveystarkastukseen osallistui 75 % ja ravintokyselyyn 52 %. Terveystarkastukseen sekä ravintokyselyyn osallistui 52 %. Koska ravintokyselyn osallistumisprosentti oli vanhemmassa ikäryhmässä pieni ja nuoremmassakin ikäryhmässä terveystarkastusta selvästi pienempi, tulisi ravintotutkimuksen menettelmään jatkossa kiinnittää erityistä huomiota. Ravintokyselylomake on todennäköisesti ollut liian vaikea osalle vanhimmistä tutkituista.

²³ Ennen 1.1.2009 Kansanterveyslaitos

Terveys 2000 -tutkimuksessa käytetty ravintokyselymenetelmä on kehitetty epidemiologisen tutkimuksen lähtökohdista, joten sen päätavoitteena on ryhmitellä tutkittavat elintarvikkeiden kulutuksen ja ravintoaineiden saannin mukaiseen järjestykseen. Täsmällisen absoluuttisen ravinnonsaannin mittaaminen on vaikeaa jo sen vuoksi, että annoskoot ovat kaikille samat. Suhteellinen ravinnonsaanti soveltuu ryhmien välisiin ruoankäyttö- ja ravintoaineiden saannin vertaamiseen, mutta ikääntyneiden ravinnonsaannin tutkimiseen tulee kehittää muitakin menetelmiä. Erityisen tärkeätä olisi tavoittaa huonokuntoiset, yksin asuvat iäkkäät. Iäkkäille helpompi menetelmä saattaisi olla ns. 24 tunnin ruoankäyttöhaastattelu tai -ruokapäiväkirja. Tutkittava, omainen tai kodinhoitaja kirjaa valmiille lomakkeelle vuorokauden aikana syödyt ruoat. Tulosten luotettavuuden parantamiseksi tarvitaan useamman kuin yhden vuorokauden ruoankäyttötiedot, joten tiedonkeruu tulee toistaa pari-kolme kertaa.

Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -tutkimuksesta (EVTK) tässä selvityksessä käytettiin vuosien 2001, 2003 ja 2005 aineistoja. EVTK:n vastaajat olivat nuorempia kuin Terveys 2000:n, sillä EVTK:n otoksen yläraja oli 84 vuotta. Yli 85-vuotiaiden puuttuminen selittää ainakin osittain EVTK-kyselyiden hiukan korkeamman vastausprosentin Terveys 2000:een verrattuna. EVTK:n vanhemman ikäryhmän vastausprosentit olivat samaa luokkaa kuin nuoremman.

Aineiston valinnasta, tutkimusmenetelmästä ja ikäjakaumasta johtuvat erot vaikuttavat siihen, että samaa asiaa mittaavat tulokset eivät ole täysin yhteneväisiä tutkimusten välillä. Selvimmin aineistojen erot tulevat ilmi sellaisissa asioissa, joiden yleisyys muuttuu voimakkaasti iän mukana. Tuloksia tulkittaessa täytyy myös ottaa huomioon, että kysymyksenasettelu on tutkimuksissa ollut hiukan erilainen. Toisin kuin Terveys 2000:ssa ateriapalvelun käytöstä on EVTK:ssa kysytty muiden kotipalveluiden yhteydessä eikä EVTK:ssa ole kysymystä läheisen tekemästä ruoasta. Terveys 2000 -tutkimuksessa on tehty ravintokysely, mutta EVTK:ssa tiedusteltu muutamien elintarvikkeiden käytön useutta. Pitkäaikaissairaudesta ja kaupassa asioimisesta on tietoja vain Terveys 2000 -aineistossa.

Aineistojen vertailtavuuden parantamiseksi tutkimuksessa käytetyt muuttujat luokiteltiin analyysivaiheessa mahdollisimman yhdenmukaisesti. Päätulokset ovat aineistosta riippumatta samat, minkä vuoksi pohdintaosassa ei kerrota erikseen, kumman aineiston perusteella tulos on saatu. Keskeiset kuvat ja taulukot on kuitenkin tehty niin, että aineistojen väliset mahdolliset erot käyvät niistä ilmi.

Terveys ja ruokaan liittyvä toimintakyky heikkenevät vanhemmiten

Terveys ja toimintakyky olivat huonompia 80 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä kuin nuoremmassa. Pitkälä ja Mäkelä (Pitkälä ja Mäkelä 2000) sekä Koskinen ja Aromaa

(Koskinen ja Aromaa 2002b) totesivat hekin tutkimuksessaan, että toimintakyky näyttää heikkenevän oleellisesti 80. ikävuoden jälkeen.

Yleisin ruokaan liittyvä toimintakykyongelma oli tämän selvityksen mukaan ostoskassin kantaminen. Vähiten vaikeuksia raportoivat nuoremman ikäryhmän miehet (20 %), eniten vanhemman ikäryhmän naiset (60 %). Ostoskassin kantaminen tuotti naisille selvästi enemmän ongelmia kuin miehille. Ostoskassin kantamiseen vaikuttaa lähinnä fyysinen toimintakyky, ja naisten heikompi lihasvoima näkyikin tuloksissa. Myös pureskeluvaikeudet olivat yleisiä, niitä todettiin 30-40 %:lla tutkituista. Ruoanvalmistus tuotti vaikeuksia erityisesti vanhemman ikäryhmän miehille; heistä joka toinen mainitsi vaikeuksista. Syömiseen liittyvät ongelmat sen sijaan olivat harvinaisia, sillä vanhemmassakin ikäryhmässä niistä ilmoitti vain n. 10 %.

Ikääntyneet aterioivat säännöllisesti ja naiset tekevät ruokansa itse

Aamupalan söi valtaosa tutkituista, yli 90 %. Myös lämmin lounas oli hyvin yleinen, sillä sen söi noin 80 % ikääntyneistä. Lämpimän päivällisenkin söi vähän yli puolet 65 vuotta täyttäneistä. Naiset tekivät ateriansa lähinnä itse, sillä nuoremmista naisista ateriat valmisti 92 % ja vanhemmista 65 %. Miehistä ateriansa teki itse 24 %, lähiomaisen (vaimon) tekemää ruokaa söi 70 % nuoremmista miehistä ja vanhemmistakin joka toinen. Nuoremman ikäryhmän naiset eivät juuri syöneet lähiomaisen valmistamaa ruokaa ja vanhemmistakin näin teki vain 11 %.

Aamupalan, lounaan ja päivällisen yleisyydestä seuraa, että niiden osuus, jotka söivät nämä kaikki ateriat eli noudattivat perinteistä ateriajärjestystä, oli sekin melko suuri. Aterioinnin perinteisyys lisääntyi iän myötä, sillä nuoremmista aamupalan, lämpimän lounaan ja päivällisen söi noin 30 %, vanhemmista noin 40 %. Myös Sulanderin ym. (Sulander ym. 2006) EVTK-aineistoon perustuvassa tutkimuksessa havaittiin kahden lämpimän aterian nauttimisen olevan yleisempää vanhemmissa ikäryhmissä.

Ateriapalveluiden käyttö eli kotiaavustajan valmistamat tai kotiin tuodut ateriat olivat selvästi yleisempiä vanhemmassa kuin nuoremmassa ikäryhmässä, eikä miesten ja naisten välillä havaittu suuria eroja. Kotiateriapalveluita käytti nuoremmista noin 2 % ja vanhemmista noin 13 %. Arviolta keskimäärin 26 000 yli 65 vuotiaalle suomalaiselle eli noin 3 %:lle tarjotaan joka arkipäivä lounas ateriapalvelun kautta (Suominen 2008). Sosiaali- ja terveysministeriön eläkeläisten ateriapalvelujen käyttöä ja käyttöhalukkuutta käsittelevän selvityksen (Liimatta ym. 1995) mukaan ateriapalveluita käyttäviä oli 7 %. Ateriapalvelujen tarve lisääntyy STM:n selvityksen mukaan huomattavasti 80 ikävuoden jälkeen. Terveys 2000 - ja EVTK-aineistojen antama kuva ateriapalvelujen käytön yleisyydestä ei siten merkittävästi poikkea aiemmista selvityksistä.

Ateriapalvelut ja lähiomaisten apu tukevat iäkkäiden säännöllistä ateriointia

Aterijärjestys vaihteli terveyden, toimintakyvyn ja asumismuodon mukaan. Koulutustason ja aterijärjestyksen välillä oli heikko yhteys. Matalammin koulutetut, pitkäaikaissairautta, huonoa terveyttä tai toimintakykyongelmia raportoineet sekä kumppanin kanssa asuvat noudattivat perinteistä aterijärjestystä useammin kuin muut. Kotiateriapalveluiden käyttö vaihteli lähes samojen taustatekijöiden mukaan kuin aterijärjestys, toisin sanoen eniten ateriapalveluja käyttivät yksin asuvat (erityisesti miehet), huonoa terveyttä ja toimintakykyongelmia kokevat. Myös vähän koulutetut käyttivät hie- man enemmän ateriapalveluita kuin pitkälle koulutetut.

Yksin asuvien on todettu tarvitsevan enemmän ateriapalveluita kuin kumppanin kanssa asuvien (Liimatta ym. 1995). Yksin asuvat miehet käyttävät yksin asuvia naisia enemmän palveluita. Miesten kynnys siirtyä ateriapalveluiden käyttäjiksi on matalampi kuin naisten, koska ruoan valmistaminen on heille vaikeampaa kuin naisille.

Terveydentilansa huonoksi kokeneet noudattivat nuoremmassa ikäryhmässä useammin perinteistä aterijärjestystä ja käyttivät kaikissa ikäryhmissä enemmän ateriapalveluita kuin terveydentilansa hyväksi kokeneet. Myös ne, joilla oli ruokaan liittyviä toimintakykyongelmia (ostokassin kantamisvaikeuksia, kaupassa- asioimisvaikeuksia, ruoanvalmistusvaikeuksia), noudattivat muita useammin perinteistä aterijärjestystä ja käyttivät ateriapalveluita.

Se, että ruoan tekee joku muu kuin ikääntynyt itse, oli yhteydessä aterijärjestykseen. Kumppanin kanssa asuvat, läheisen tekemiä aterioita syövät tai ateriapalveluita käyttävät söivät muita useammin kaksi lämmintä ateriala päivittäin. Voidaan olettaa että ateriapalvelut ja lähiomaisten apu yhdessä ylläpitävät eläkeikäisten säännöllistä ateriointia oman toimintakyvyn heikentyessä.

Ruotsissa on saatu hyviä tuloksia iäkkäille tarkoitettusta ”ruokakoulusta”, jossa ko- koonnuttiin viisi kertaa käsittelemään ruokaan liittyviä aiheita kuten ravitsemusta, kaupassa asiointia, ruoan säilytystä ja valmistamista. Sekä miehet että naiset olivat huolissaan ruokaan liittyvistä asioista. Miesten päähuolena oli ruoan valmistaminen. Naiset puolestaan huolehtivat siitä, miten syödä terveellisesti myös iäkkäänä. Ruokakoulun tavoitteena oli jakaa omatoimisuutta edistävää tietoa ruoanvalmistuksesta ja terveellisestä syömisestä (Ny Dahl 2008).

Aterijärjestys ja ruokavalion laatu

Aterijärjestyksen ja kasvisten päivittäiskäytön välillä oli yhteys. Perinteistä aterijärjestystä noudattavat söivät useammin kasviksia kuin muut. Kahden lämpimän aterian

syömisen ja kasvisten käytön yhteys on havaittu aiemminkin, yksin asuvilla 65 vuotta täyttäneillä miehillä (Korpela ym. 1999).

Tässä tutkimuksessa on jo todettu, että huonokuntoiset ikääntyneet söivät perinteisemmin ja käyttivät kotiateriapalveluita useammin kuin muut. Toisaalta havaitaan, että kasvisten päivittäiskäyttäjät olivat muita hyväkuntoisempia, mutta söivät muita useammin perinteisen ateriajärjestyksen mukaisesti. Käytettyjen aineistojen perusteella tuloksia on vaikea tulkita. Kysymys lienee siitä, että ateriapalveluiden käyttö tai muutoin säännöllinen eli perinteinen ateriointi edistää kasvisten käyttöä silloinkin kun terveys ja toimintakyky ovat huonontuneet.

Ateriajärjestyksellä ei ollut kovin paljon yhteyksiä ruoankäyttöön ja ravinnonsaantiin. Silloin kun yhteyksiä havaittiin, ne viittasivat siihen, että perinteistä kahden lämpimän aterian järjestystä noudattavat ikääntyneet söivät ylipäänsä enemmän ja tämän vuoksi myös saivat ruoastaan enemmän energiaa. Sen jälkeen kun perinteisesti syövien muita suurempi energiansaanti oli otettu huomioon analyyseissa, ateriajärjestyksen ja ravinnon laadun yhteydet hävisivät lähes kokonaan.

Jotta tiedettäisiin, johtuiko aterioinnin ja ruokavalion laadun välisten yhteyksien puuttuminen siitä, että huono terveys ja toimintakyky toisaalta lisäävät aterioinnin säännöllisyyttä ulkopuolisen tuen kautta, mutta toisaalta heikentävät ruoankäyttöä ja ravinnon saantia, ateriajärjestyksen ja ruokavalion laadun yhteyttä tarkasteltiin erikseen huonokuntoisten ja hyväkuntoisten ryhmissä. Näissäkin tarkasteluissa ateriajärjestyksen ja ravinnon laadun yhteydet jäivät heikoiksi.

Ateriajärjestyksen ja ruokavalion laadun välillä todettujen yhteyksien epäjohtonumukaisuus johtunee osaltaan ruoankäyttökyselyn ongelmista. Se, että joka toinen ravintotutkimukseen kutsuttu 80 vuotta täyttänyt jätti kyselylomakkeen täyttämättä osoittaa, että lomake ei sopinut kaikille tutkimuksen osanottajille. Tämän tutkimuksen perusteella ei sen vuoksi voi tehdä luotettavia johtopäätöksiä aterioinnin yhteydestä ravintoaineiden saantiin vanhemmassa ikäryhmässä.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Terveys ja toimintakyky olivat huonompia 80 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä kuin nuoremmassa ikäryhmässä. Yleisin ruokaan liittyvä toimintakykyongelma oli ostoskassin kantaminen. Ostoskassin kantamisvaikeudet olivat naisilla yleisempiä kuin miehillä. Myös ruoanvalmistusvaikeudet olivat yleisiä erityisesti miehillä. Pureskeluvaikeudet olivat yleisiä sekä miehillä että naisilla, mutta syömisvaikeuksia oli alle 10 %:lla tutkimukseen osallistuneista.

Ateriapalvelujen käyttö ja perinteistä ateriajärjestystä noudattavien osuus lisääntyvät iän myötä. Se, että ruoan tekee joku muu kuin tutkittava itse, oli yhteydessä sekä perinteiseen - kahden lämpimän aterian- että melko säännölliseen ateriajärjestykseen. Toisen kanssa asuvat, pitkäaikaissairaat ja terveytensä huonoksi kokevat söivät perinteisemmin kuin muut. Myös ne, joilla oli vaikeuksia ostoskassin kantamisessa, kaupassa asioimisessa tai ruonvalmistuksessa söivät perinteisemmin kuin muut. Yksin asuvat, terveytensä huonoksi kokevat ja ne, joilla oli ruokaan liittyviä toimintakykyongelmia, käyttivät muita enemmän ateriapalveluita. Tulosten perusteella voidaan siten päätellä, että ateriapalvelut ja lähiomaisten apu edistävät eläkeikäisten säännöllistä ateriointia myös silloin kun terveys ja toimintakyky heikkenevät.

Kasvien päivittäinen tai lähes päivittäinen käyttö oli perinteistä ateriajärjestystä noudattavilla yleisempää kuin muuta ateriajärjestystä noudattavilla, mutta ateriajärjestyksen, ruoankäytön ja ravinnonsaannin välillä oli vain harvoja yhteyksiä. Säännöllinen lämpimien aterioiden syöminen näyttäisi kuitenkin edistävän kasvien päivittäiskäyttöä ja parantavan energian ja raudan saantia.

Toimenpidesuosituksia

1. Tässä tutkimuksessa käytetyllä menetelmällä ei voitu täysin luotettavasti kerätä kaikkien yli 80-vuotiaiden ravinnonsaantitietoja. Koska myös vanhimpien suomalaisten ravintotietoja tarvitaan, on kehitettävä ikääntyneille sopivia ruoankäyttöä mittaavia tutkimusmenetelmiä. Ateriointia ja ruokatottumuksia koskevien tietojen keruuseen nykyiset väestön terveystutkimuksissa käytetyt menetelmät soveltuvat.

2. Ateriapalveluiden merkitys säännöllisen aterioinnin edistäjänä kasvaa iän mukana. Koska ikääntyneiden määrä Suomessa lisääntyy, on entistä tärkeämpää seurata ikääntyvien suomalaisten ateriapalveluiden käyttöä, ruokaan liittyviä toimintakyvyn ongelmia sekä näiden muutoksia ja väestöryhmittäisiä eroja.

3. Vanhenevan väestön omatoimisuutta tulee tukea, ja palveluja tarjota niin, että henkilöiden omia voimavaroja käytetään mahdollisimman hyvin. Tämän päivän iäkkäät naiset osaavat valmistaa ruokaa, mutta ostoskassin kantaminen ja kaupassa-asointi tuottavat vaikeuksia. Naisilla yleisin peruste käyttää ateriapalveluita näyttäisi olevan riittämättömän fyysinen kunto, miehillä sen sijaan puutteellinen ruoanvalmistustaito. Nykyistä enemmän tukitoimia olisi syytä kohdentaa toisaalta fyysisen kunnon, toisaalta ruoan-

valmistustaidon ylläpitämiseen ja kohentamiseen. Pienet arkiset haasteet ja harjoitukset kuten kaupassakäynti ja ruoanvalmistaminen ovat iäkkäille tärkeitä henkisiä, sosiaalisia ja fyysisiä voimavaroja ylläpitäviä tekijöitä.

Liitetaulukko 1. Tutkittavien perustiedot Terveys 2000 -tutkimuksessa (laitoksessa asuvat, n = 142)

		Miehet			Naiset	
Ikäryhmä/vuotta		65-79	80 tai yli		65-79	80 tai yli
Siviilisäät	n	8,0	18,0	n	16,0	99,0
Yksinäinen	%	75,0	77,8	%	75,0	91,9
Naimisissa/avoliitossa	%	25,0	22,2	%	25,0	8,1
Koulutustaso	n	8,0	19,0	n	16,0	99,0
Kansakoulu	%	87,5	94,7	%	81,3	88,9
Korkeampi	%	12,5	5,3	%	18,8	11,1
Pitkäaikaissairaus	n	7,0	19,0	n	16,0	98,0
Ei ole	%	28,6	0,0	%	0,0	5,1
On	%	71,4	100,0	%	100,0	94,9
Koettu terveydentila	n	7,0	17,0	n	16,0	91,0
Huono	%	85,7	88,2	%	93,8	84,6
Hyvä	%	14,3	11,8	%	6,3	15,4
Pureskeluvaiveuksia	n	6,0	19,0	n	10,0	81,0
On vaiveuksia	%	83,3	79,0	%	70,0	67,9
Ei ole vaiveuksia	%	16,7	21,1	%	30,0	32,1
Vaiveuksia syömisessä	n	7,0	19,0	n	16,0	97,0
On vaiveuksia	%	57,1	68,4	%	87,5	55,7
Ei ole vaiveuksia	%	42,9	31,6	%	12,5	44,3

Liitetaulukko 2. Ateriajärjestys koulutustason mukaan (T2000)

Koulutustaso												
Miehet					Naiset							
Ikäryhmä/vuotta	65-79				80 tai yli		65-79				80 tai yli	
Koulutustaso												
Aterijärjestys	%	Kansakoulu	Korkeampi	Kansakoulu	Korkeampi	Kansakoulu	Korkeampi	Kansakoulu	Korkeampi			
Yhden aterian järjestys		14,3	15,9	7,0	14,3	9,3	12,7	8,2	11,8			
Melko säännöllinen aterijärjestys ²		49,7	54,9	48,8	46,4	55,3	59,0	47,7	57,7			
Perinteinen aterijärjestys ¹		36,0	29,2	44,2	39,3	35,4	28,3	44,2	30,6			
Yhteensä	n	356	113	129	28	452	212	319	85			

¹ Perinteinen ateriajärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen² Melko säännöllinen ateriajärjestys: a. Lämmin lounas ja lämmin päivällinen b. Aamupala, kylmä lounas sekä lämmin päivällinen c. Aamupala, lämmin lounas sekä kylmä päivällinen

Liitetaulukko 3. Ateriajärjestys kotitalouden koon mukaan (T2000)

Kotitalouden koko									
Miehet					Naiset				
Ikäryhmä/vuotta	65-79			80 tai yli		65-79		80 tai yli	
	%	Yksi hlö	2 hlöä tai enemmän	Yksi hlö	2 hlöä tai enemmän	Yksi hlö	2 hlöä tai enemmän	Yksi hlö	2 hlöä tai enemmän
Aterijärjestys									
Yhden aterian järjestys		22,2	12,7	13,6	5,1	11,4	9,3	8,7	9,4
Melko säännöllinen aterijärjestys ²		56,6	49,5	45,8	50,0	59,1	53,7	52,8	41,1
Perinteinen aterijärjestys ¹		21,2	37,8	40,7	44,9	29,5	37,0	38,5	49,5
Yhteensä	n	99	370	59	98	342	322	299	107

¹ Perinteinen ateriajärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen² Melko säännöllinen ateriajärjestys: a. Lämmin lounas ja lämmin päivällinen b. Aamupala, kylmä lounas sekä lämmin päivällinen c. Aamupala, lämmin lounas sekä kylmä päivällinen

Liitetaulukko 4. Ateriajärjestys ostoskassin (noin 5kg) kantamisvaikeuksien mukaan, % (T2000)

		Miehet				Naiset			
Ikäryhmä/vuotta		65-79		80 tai yli		65-79		80 tai yli	
Vaikeuksia esim. ostoskassin kantamisessa									
Aterijärjestys	%	On	Ei	On	Ei	On	Ei	On	Ei
Yhden aterian järjestys		20,7	13,3	7,0	9,9	10,0	10,7	8,5	9,9
Melko säännöllinen aterijärjestys ²		42,4	53,1	45,4	52,1	53,9	58,1	46,4	65,4
Perinteinen aterijärjestys ¹		37,0	33,7	47,7	38,0	36,1	31,2	45,1	24,7
Yhteensä	n	92	377	86	71	269	394	319	81

¹ Perinteinen ateriajärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen

² Melko säännöllinen ateriajärjestys: a. Lämmin lounas ja lämmin päivällinen b. Aamupala, kylmä lounas sekä lämmin päivällinen c. Aamupala, lämmin lounas sekä kylmä päivällinen

Liitetaulukko 5. Ateriajärjestys ruoanvalmistusvaikeuksien mukaan, % (T2000)

	Miehet				Naiset				
Ikäryhmä/vuotta	65-79		80 tai yli		65-79		80 tai yli		
	Vaikeuksia ruoanvalmistamisessa								
	%	On	Ei	On	Ei	On	Ei	On	Ei
Ateriajärjestys									
Yhden aterian järjestys		16,7	14,4	9,6	6,1	11,3	10,3	8,9	8,9
Melko säännöllinen ateriajärjestys ²		42,3	52,6	46,6	51,2	32,1	58,6	39,2	56,9
Perinteinen ateriajärjestys ¹		41,0	33,1	43,8	42,7	56,6	31,1	51,9	34,2
Yhteensä	n	78	390	73	82	53	611	158	246

¹ Perinteinen ateriajärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen

² Melko säännöllinen ateriajärjestys: a. Lämmin lounas ja lämmin päivällinen b. Aamupala, kylmä lounas sekä lämmin päivällinen c. Aamupala, lämmin lounas sekä kylmä päivällinen

Liitetaulukko 6. Tuoreiden kasvisten käyttö ateriajärjestyksen mukaan, % (EVTK)

Miehet					Naiset				
Ikäryhmä/vuotta	65-79		80-84		65-79		80-84		
Aterijärjestys									
	%	Perinteinen aterijärjestys ¹	Muu aterijärjestys	Perinteinen aterijärjestys ¹	Muu aterijärjestys	Perinteinen aterijärjestys ¹	Muu aterijärjestys	Perinteinen aterijärjestys ¹	Muu aterijärjestys
Kasviksia viikossa									
Ei ollenkaan		10,0	11,8	10,9	17,6	4,0	5,7	10,0	14,1
1-5 kertaa		61,0	62,5	63,6	62,0	66,2	67,2	68,9	61,9
6-7 kertaa		29,0	25,7	25,5	20,5	29,8	27,1	21,1	24,0
Yhteensä	n	649	1338	247	347	607	1429	180	354

¹ Perinteinen ateriajärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen

Liitetaulukko 7. Tuoreiden kasvisten käyttö kouluvuosien mukaan, % (EVTK)

Miehet					Naiset				
Ikäryhmä/vuotta		65-79		80-84		65-79		80-84	
Kouluvuodet									
Kasviksia viikossa	%	0-8 vuotta	9+ vuotta	0-8 vuotta	9+ vuotta	0-8 vuotta	9+ vuotta	0-8 vuotta	9+ vuotta
Ei ollenkaan		14,0	6,3	16,6	6,5	6,7	3,4	14,2	6,3
1-5 kertaa		65,5	56,4	64,6	61,3	71,4	60,9	65,3	64,1
6-7 kertaa		20,5	37,2	18,8	32,3	21,9	35,7	20,5	29,7
Yhteensä	n	1215	757	441	155	1123	897	409	128

Liitetaulukko 8. Tuoreiden kasvisten käyttö ostoskassin kantamisvaikeuksien mukaan, % (EVTK)

Miehet						Naiset			
Ikäryhmä/vuotta		65-79		80-84		65-79		80-84	
Vaikeuksia esim. ostoskassin kantamisessa									
Kasviksia viikossa	%	On	Ei	On	Ei	On	Ei	On	Ei
Ei ollenkaan		14,9	10,3	15,7	13,1	7,3	4,3	12,9	10,8
1-5 kertaa		62,2	62,0	62,6	63,9	68,2	66,3	66,3	61,8
6-7 kertaa		23,0	27,7	21,7	23,1	24,5	29,4	20,8	27,5
	n	298	1666	230	360	613	1385	303	204

Liitetaulukko 9. Tuoreiden kasvisten käyttö ruoanvalmistusvaikeuksien mukaan, % (EVTK)

Miehet					Naiset				
Ikäryhmä/vuotta		65-79		80-84		65-79		80-84	
Vaikeuksia ruoanvalmistamisessa									
Kasviksia viikossa	%	On	Ei	On	Ei	On	Ei	On	Ei
Ei ollenkaan		13,6	10,3	15,4	13,4	8,8	4,9	12,1	12,7
1-5 kertaa		63,0	61,5	66,4	60,3	64,0	67,0	63,8	65,0
6-7 kertaa		23,4	28,3	18,3	26,4	27,2	28,0	24,1	22,2
Yhteensä	n	358	1529	241	292	113	1924	116	409

Liitetaulukko 10. Aterijärjestyksen yhteys ruoankäyttöön (g/MJ) ja ravinnonsaantiin, miehet (T2000)

Ikäryhmä/vuotta		65-79					80 tai yli				
Aterijärjestys		Perinteinen ³		Ei-perinteinen			Perinteinen ³		Ei-perinteinen		
n		161		308			68		89		
Ruoka-aineet, g/MJ		ka ¹	sd ²	ka ¹	sd ²	p-arvo	ka ¹	sd ²	ka ¹	sd ²	p-arvo
Kasvikset		25,2	(± 16,0)	24,9	(± 16,1)	0,39	22,5	(± 16,1)	22,2	(± 15,9)	0,70
Viljat		21,9	(± 5,7)	21,1	(± 6,1)	0,11	21,1	(± 5,5)	20,4	(± 5,6)	0,12
Ruis		5,8	(± 3,8)	5,3	(± 3,3)	0,05	4,4	(± 3,2)	5,4	(± 3,1)	0,15
Voi		1,3	(± 0,8)	1,4	(± 0,8)	0,93	1,4	(± 0,9)	1,4	(± 0,9)	0,24
Öljyt		0,8	(± 0,3)	0,9	(± 0,3)	0,95	0,9	(± 0,4)	0,8	(± 0,3)	0,13
Margariinit		1,0	(± 1,0)	0,9	(± 1,0)	0,02	0,6	(± 0,7)	0,7	(± 0,9)	0,97
Kala		5,7	(± 4,2)	6,0	(± 4,8)	0,82	5,0	(± 4,7)	4,2	(± 2,9)	0,21
Liha		15,6	(± 6,6)	16,0	(± 7,0)	0,62	17,0	(± 6,6)	16,5	(± 6,8)	0,17
Sokeri		3,7	(± 2,1)	3,5	(± 2,1)	0,10	3,8	(± 2,4)	4,5	(± 3,2)	0,76
Ravinto-aineet											
Kuitu g/MJ		2,8	(± 0,7)	2,6	(± 0,7)	0,02	2,7	(± 0,8)	2,6	(± 0,7)	0,08
D-vitamiini µg/MJ		0,9	(± 0,5)	0,9	(± 0,5)	0,81	0,8	(± 0,6)	0,7	(± 0,3)	0,18
C-vitamiini mg/MJ		12,1	(± 5,7)	12,1	(± 6,0)	0,46	12,2	(± 7,6)	12,3	(± 6,0)	0,67
Folaatit µg/MJ		35,4	(± 7,8)	35,1	(± 7,4)	0,15	35,0	(± 10,2)	33,8	(± 7,6)	0,20
Kalsium mg/MJ		140,4	(± 39,4)	135,3	(± 43,6)	0,08	123,3	(± 30,6)	132,6	(± 37,6)	0,75
Rauta mg/MJ		1,6	(± 0,3)	1,6	(± 0,3)	0,05	1,6	(± 0,3)	1,6	(± 0,3)	0,07

¹ Keskiarvo² Keskihajonta³ Perinteinen aterijärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen

Liitetaulukko 11. Aterijärjestyksen yhteys ruoankäyttöön (g/MJ) ja ravinnonsaantiin, naiset (T2000)

Ikäryhmä/vuotta		65-79					80 tai yli				
Aterijärjestys		Perinteinen ³		Ei-perinteinen			Perinteinen ³		Ei-perinteinen		
n		220		444			169		238		
Ruoka-aineet, g/MJ		ka ¹	sd ²	ka ¹	sd ²	p-arvo	ka ¹	sd ²	ka ¹	sd ²	p-arvo
Kasvikset		31,3	(± 19,4)	32,4	(± 19,3)	0,55	27,1	(± 18,3)	27,3	(± 18,0)	0,95
Viljat		21,0	(± 5,4)	20,7	(± 5,1)	0,05	20,4	(± 6,0)	19,9	(± 5,7)	0,22
Ruis		5,6	(± 3,3)	5,4	(± 3,3)	0,10	4,8	(± 3,8)	5,1	(± 3,5)	0,93
Voi		1,3	(± 0,8)	1,2	(± 0,8)	0,05	1,4	(± 0,9)	1,5	(± 0,9)	0,87
Öljyt		0,8	(± 0,3)	0,9	(± 0,4)	0,75	0,8	(± 0,3)	0,8	(± 0,3)	0,68
Margariinit		0,9	(± 0,9)	1,1	(± 1,0)	0,43	0,7	(± 0,8)	0,8	(± 1,0)	0,71
Kala		5,9	(± 4,7)	5,9	(± 4,5)	0,39	5,1	(± 3,8)	5,6	(± 4,4)	0,99
Liha		16,0	(± 7,9)	15,1	(± 7,1)	0,05	15,8	(± 7,0)	14,7	(± 6,3)	0,22
Sokeri		3,3	(± 1,9)	3,2	(± 2,0)	0,38	3,8	(± 2,5)	3,7	(± 2,3)	0,59
Ravinto-aineet											
Kuitu g/MJ		3,0	(± 0,7)	3,0	(± 0,7)	0,07	2,8	(± 0,9)	2,7	(± 0,7)	0,16
D-vitamiini µg/MJ		0,9	(± 0,5)	0,9	(± 0,5)	0,22	0,8	(± 0,4)	0,8	(± 0,5)	0,89
C-vitamiini mg/MJ		16,0	(± 6,8)	16,7	(± 8,2)	0,41	15,0	(± 7,2)	15,1	(± 7,5)	0,77
Folaatit µg/MJ		38,9	(± 9,0)	38,1	(± 9,3)	0,02	36,3	(± 8,6)	37,2	(± 9,8)	0,64
Kalsium mg/MJ		147,6	(± 37,3)	152,6	(± 43,8)	0,31	137,4	(± 38,7)	143,2	(± 44,5)	0,89
Rauta mg/MJ		1,7	(± 0,3)	1,6	(± 0,3)	0,01	1,6	(± 0,3)	1,6	(± 0,3)	0,12

¹ Keskiarvo² Keskihajonta³ Perinteinen aterijärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen

Liitetaulukko 12. Koetun terveydentilan yhteys¹ ruoankäyttöön (g/MJ) ja ravinnonsaantiin (T2000)

Miehet											
Ikäryhmä/vuotta	65-79					80 tai yli					
	Koettu terveys	n	lv ala ²	ka	lv ylä ³	Koettu terveys		n	lv ala ²	ka	lv ylä ³
Liha (g/MJ) p=0,04	Huono	219	15,5	16,5	17,5	Sokeri (g/MJ) p=0,00	Huono	78	3,9	4,6	5,3
	Hyvä	171	14,1	15,1	16,0		Hyvä	23	2,5	3,0	3,5
Sokeri (g/MJ) p=0,04	Huono	219	3,1	3,4	3,7						
	Hyvä	171	3,6	3,9	4,2						
Naiset											
	Liha (g/MJ) p=0,03	Huono	179	13,8	14,7	15,6		77	15,0	16,6	18,3
	C-vitamiini (mg/MJ) p=0,03	Huono	179	13,3	14,3	15,3		77	14,7	16,6	18,5

¹ Vain tilastollisesti merkitsevät tulokset on raportoitu² Luottamusvälin alaraja³ Luottamusvälin yläraja

Liitetaulukko 13. Kaupassa-asiointivaikeuksien yhteys¹ ruoankäyttöön (g/MJ) ja ravinnonsaantiin (T2000)

Ikäryhmä/vuotta	65-79					80 tai yli					
Miehet											
	Vaikeuksia	n	lv ala ²	ka	lv ylä ³		Vaikeuksia	n	lv ala ²	ka	lv ylä ³
Kuitu (g/MJ) p=0,03	On	24	2,1	2,4	2,7	Kasvikset p=0,01	On	37	14,4	17,9	21,3
	Ei ole	367	2,6	2,7	2,8		Ei ole	63	20,6	25,1	29,6
Ruis (g/MJ) p=0,03	On	24	2,6	4,0	5,4						
	Ei ole	367	5,2	5,6	5,9						
Naiset											
Kasvikset (g/MJ) p=0,00	On	66	21,8	25,5	29,1	Öljy (g/MJ) p=0,03	On	130	0,7	0,8	0,8
	Ei ole	472	31,0	32,8	34,5		Ei ole	125	0,8	0,9	0,9
Liha (g/MJ) p=0,02	On	66	15,4	17,3	19,2	Kasvikset (g/MJ) p=0,03	On	130	21,6	24,7	27,7
	Ei ole	472	14,4	15,1	15,7		Ei ole	125	26,3	29,6	32,8
Kalsium (mg/MJ) p=0,01	On	66	129,5	138,7	148,0	Ruis (g/MJ) p=0,05	On	130	4,0	4,6	5,2
	Ei ole	472	149,0	152,8	156,6		Ei ole	125	4,8	5,5	6,2
						Sokeri (g/MJ) p=0,01	On	130	3,6	4,1	4,6
							Ei ole	125	3,0	3,4	3,7
						Kuitu (g/MJ) p=0,00	On	130	2,5	2,6	2,7
							Ei ole	125	2,8	2,9	3,1

¹ Vain tilastollisesti merkitsevät tulokset on raportoitu

² Luottamusvälin alaraja

³ Luottamusvälin yläraja

Liitetaulukko 14. Koetun terveyden ja ateriajärjestyksen yhteys¹ ruoankäyttöön (g/MJ) ja ravinnonsaantiin, kaikki yli 65-vuotiaat (T2000)

Miehet						Naiset					
Koettu terveys	Ateriajärjestys	n	lv ala ²	ka	lv ylä ³	Koettu terveys	Ateriajärjestys	n	lv ala ²	ka	lv ylä ³
Huono						Huono					
						Öljy (g/MJ) p=0,00	Ei-perinteinen	310	0,8	0,9	0,9
							Perinteinen ⁴	183	0,7	0,8	0,8
						Kuitu (g/MJ) p=0,05	Ei-perinteinen	310	2,8	2,8	2,9
							Perinteinen ⁴	183	2,9	3,0	3,1
						Rauta (mg/MJ) p=0,00	Ei-perinteinen	310	1,6	1,6	1,6
							Perinteinen ⁴	183	1,7	1,7	1,7
Hyvä						Hyvä					
Kuitu (g/MJ) p=0,04	Ei-perinteinen	127	2,5	2,6	2,7	Liha (g/MJ) p=0,04	Ei-perinteinen	200	13,7	14,7	15,6
	Perinteinen ⁴	65	2,7	2,8	3,0		Perinteinen ⁴	83	15,0	17,0	19,1

¹ Vain tilastollisesti merkitsevät tulokset on raportoitu

² Luottamusvälin alaraja

³ Luottamusvälin yläraja

⁴ Perinteinen ateriajärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen

Liitetaulukko 15. Koetun terveyden ja ateriajärjestyksen yhteys¹ ruoankäyttöön (g/vrk) ja ravinnonsaantiin, 80+ -vuotiaat (T2000)

Miehet						Naiset					
Koettu terveys	Aterijärjestys	n	lv ala ²	ka	lv ylä ³	Koettu terveys	Aterijärjestys	n	lv ala ²	ka	lv ylä ³
Huono						Huono					
Öljy (g/vrk) p=0,02	Ei-perinteinen	46	6,6	7,7	8,8	Viljat (g) p=0,05	Ei-perinteinen	101	165,1	181,2	197,3
	Perinteinen ⁴	32	8,4	10,9	13,4		Perinteinen ⁴	74	188,4	205,0	221,6
Viljat (g) p=0,02	Ei-perinteinen	46	176,1	197,4	218,6						
	Perinteinen ⁴	32	208,7	237,9	267,0						
Energia (kJ) p=0,02	Ei-perinteinen	46	8956,1	9781,5	10607,0						
	Perinteinen ⁴	32	10329,0	11962,0	13596,0						
Kuitu (g) p=0,03	Ei-perinteinen	46	22,6	25,3	27,9						
	Perinteinen ⁴	32	26,5	29,9	33,4						
Rauta (mg) p=0,006	Ei-perinteinen	46	13,7	15,1	16,6						
	Perinteinen ⁴	32	16,5	18,7	20,9						
Folaatti (g) p=0,007	Ei-perinteinen	46	288,7	322,5	356,4						
	Perinteinen ⁴	32	353,2	396,9	440,7						
Proteiini (E%) p=0,01	Ei-perinteinen	46	14,8	15,3	15,9						
	Perinteinen ⁴	32	15,8	16,4	17,0						
Hyvä						Hyvä					
Proteiini (E%) p=0,04	Ei-perinteinen	12	16,1	17,2	18,3						
	Perinteinen ⁴	11	14,7	15,7	16,7						
Kalsium (mg) p=0,03	Ei-perinteinen	12	1480,5	1885,5	2290,5						
	Perinteinen ⁴	11	758,6	1244,2	1729,8						

¹ Vain tilastollisesti merkitsevät tulokset on raportoitu

² Luottamusvälin alaraja

³ Luottamusvälin yläraja

⁴ Perinteinen aterijärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen

Liitetaulukko 16. Koetun terveyden ja ateriajärjestyksen yhteys¹ ruoankäyttöön (g/MJ) ja ravinnonsaantiin, 80+ -vuotiaat (T2000)

Miehet						Naiset					
Koettu terveys	Aterijärjestys	n	lv ala ²	ka	lv ylä ³	Koettu terveys	Aterijärjestys	n	lv ala ²	ka	lv ylä ³
Huono						Huono					
Ruis (g/MJ) p=0,00	Ei-perinteinen	46	4,4	5,4	6,4		Ei-perinteinen				
	Perinteinen ⁴	32	2,7	3,7	4,7		Perinteinen ⁴				
Hyvä						Hyvä					
Kalsium (mg/MJ) p=0,01	Ei-perinteinen	12	138,3	164,1	189,9	Voi (g/MJ) p= 0,01	Ei-perinteinen	51	1,3	1,5	1,8
	Perinteinen ⁴	11	92,7	117,5	142,3		Perinteinen ⁴	22	0,8	1,0	1,3
						Viljat (g/MJ) p=0,00	Ei-perinteinen	51	18,4	19,5	20,6
							Perinteinen ⁴	22	14,1	16,0	17,9

¹ Vain tilastollisesti merkitsevät tulokset on raportoitu

² Luottamusvälin alaraja

³ Luottamusvälin yläraja

⁴ Perinteinen aterijärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen

Liitetaulukko 17. Kaupassa-asointivaikeuksien ja ateriajärjestyksen yhteys¹ ruoankäyttöön (g/MJ) ja ravinnonsaantiin, kaikki yli 65-vuotiaat (T2000)

Miehet						Naiset					
Vaikeuksia	Ateriajärjestys	n	lv ala ²	ka	lv ylä ³	Vaikeuksia	Ateriajärjestys	n	lv ala ²	ka	lv ylä ³
On						On					
	Ei-perinteinen					Öljy (g/MJ) p= 0,02	Ei-perinteinen	103	0,8	0,9	0,9
	Perinteinen ⁴						Perinteinen ⁴	85	0,7	0,8	0,8
Ei ole						Ei ole					
Kuitu (g/MJ) p=0,01	Ei-perinteinen	277	2,6	2,6	2,7	Liha (g/MJ) p=0,05	Ei-perinteinen	408	14,1	14,7	15,4
	Perinteinen ⁴	151	2,7	2,8	3,0		Perinteinen ⁴	181	14,9	16,1	17,2
Rauta (mg/MJ) p=0,05	Ei-perinteinen	277	1,6	1,6	1,6						
	Perinteinen ⁴	151	1,6	1,6	1,7						

¹ Vain tilastollisesti merkitsevät tulokset on raportoitu² Luottamusvälin alaraja³ Luottamusvälin yläraja⁴ Perinteinen ateriajärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen

Liitetaulukko 18. Kaupassa-asointivaikeuksien ja ateriajärjestyksen yhteys¹ ruoankäyttöön (g/vrk) ja ravinnonsaantiin, 80+ -vuotiaat (T2000)

Miehet						Naiset					
Vaikeuksia	Ateriajärjestys	n	lv ala ²	ka	lv ylä ³	Vaikeuksia	Ateriajärjestys	n	lv ala ²	ka	lv ylä ³
On						On					
Öljy (g) p=0,05	Ei-perinteinen	23	5,1	6,3	7,5						
	Perinteinen ⁴	14	6,5	11,1	15,7						
Viljat (g) p=0,02	Ei-perinteinen	23	155,0	183,9	212,8						
	Perinteinen ⁴	14	198,2	246,7	295,3						
Rasva (E%) p=0,04	Ei-perinteinen	23	31,2	33,2	35,2						
	Perinteinen ⁴	14	33,7	36,8	39,9						
Hiilihydraatit (E%) p=0,04	Ei-perinteinen	23	48,1	50,9	53,7						
	Perinteinen ⁴	14	43,3	46,4	49,6						
Ei ole						Ei ole					
						Hiilihydraatit (E%) p=0,05	Ei-perinteinen	88	45,1	46,2	47,4
							Perinteinen ⁴	35	46,3	48,5	50,8

¹ Vain tilastollisesti merkitsevät tulokset on raportoitu

² Luottamusvälin alaraja

³ Luottamusvälin yläraja

⁴ Perinteinen ateriajärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen

Liitetaulukko 19. Kaupassa-asointivaikeuksien ja ateriajärjestyksen yhteys¹ ruoankäyttöön (g/MJ) ja ravinnonsaantiin, 80+-vuotiaat (T2000)

Miehet						Naiset					
Vaikeuksia	Aterijärjestys	n	lv ala ²	ka	lv ylä ³	Vaikeuksia	Aterijärjestys	n	lv ala ²	ka	lv ylä ³
On						On					
	Ei-perinteinen					Öljy (g/MJ) p= 0,03	Ei-perinteinen	64	0,8	0,8	0,9
	Perinteinen ⁴						Perinteinen ⁴	61	0,7	0,7	0,8
Ei ole						Ei ole					

¹ Vain tilastollisesti merkitsevät tulokset on raportoitu

² Luottamusvälin alaraja

³ Luottamusvälin yläraja

⁴ Perinteinen ateriajärjestys = aamupala + lämmin lounas + lämmin päivällinen

LIITE1: RAVITSEMUSTILAN ARVIOINTI MNA (Lähde: Gernet – Geriatrian kotisivu)

Ravitsemustilan arviointi MNA

Nimi _____ Sukupuoli _____ Ikä _____

Pituus (cm) _____ Paino (kg) _____ Päivämäärä _____

Merkitse pisteet ruutuihin ja laske yhteen. Jos seulonnan kokonaispistemäärä on 11 tai vähemmän, jatka loppuun asti.

Seulonta

A. Onko ravinnonsaanti vähentynyt viimeisen kolmen kuukauden aikana ruokahaluttomuuden, ruuansulatusongelmien, puremis- tai nielemisvaikeuksien takia

- 0 = Kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt huomattavasti
 1 = Kyllä, ravinnonsaanti on vähentynyt hieman
 2 = Ei muutoksia ☐

B. Painonpudotus kolmen viime kuukauden aikana

- 0 = painonpudotus yli 3 kg
 1 = ei tiedä
 2 = painonpudotus 1-3 kg
 3 = ei painonpudotusta ☐

C. Liikkuminen

- 0 = vuode- tai pyörätuolipotilas
 1 = pääsee ylös sängystä, mutta ei käy ulkona
 2 = liikkuu ulkona ☐

D. Onko viimeisen kolmen kuukauden aikana ollut psyykkistä stressiä tai akuutti sairaus

- 0 = kyllä 2 = ei ☐

E. Neuropsykologiset ongelmat

- 0 = dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma
 1 = lievä dementia, depressio tai neuropsykologinen ongelma
 2 = ei ongelmia ☐

F. Painoindeksi eli BMI (= paino / (pituus)² kg/m²)

- 0 = BMI on alle 19
 1 = BMI on 19 tai yli mutta alle 21
 2 = BMI on 21 tai yli mutta alle 23
 3 = BMI on 23 tai enemmän ☐

Seulonnan tulos (maksimi 14 pistettä) ☐☐

12 pistettä tai enemmän -> riski virheravitsemukselle ei ole kasvanut, arviointia ei tarvitse jatkaa
 11 pistettä tai vähemmän -> riski virheravitsemukselle on kasvanut, jatka arviointia

Arviointi

G. Asuuko haastateltava kotona

- 0 = ei 1 = kyllä ☐

H. Onko päivittäisessä käytössä useampi kuin kolme reseptilääke

- 0 = kyllä 1 = ei ☐

I. Painehaavaumia tai muita haavoja iholla

- 0 = kyllä 1 = ei ☐

J. Päivittäiset lämpimät ateriat (sisältää puurot ja vellit)

- 0 = 1 ateria
 1 = 2 ateriaa
 2 = 3 ateriaa ☐

K. Sisältääkö ruokavalio vähintään	kyllä	ei
- yhden annoksen maitovalmisteita (maito, juusto, piimä, viili) päivässä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kaksi annosta tai enemmän kananmunia viikossa (myös ruuissa, esim. laatikot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- lihaa, kalaa tai linnun lihaa joka päivä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 = jos 0 tai 1 kyllä-vastausta		
0,5 = jos 2 kyllä-vastausta		
1 = jos 3 kyllä-vastausta		<input type="checkbox"/>
L. Kuuluuko päivittäiseen ruokavalioon kaksi tai useampia annoksia hedelmiä tai kasviksia		
0 = ei	1 = kyllä	<input type="checkbox"/>
M. Päivittäinen nesteen juonti (esim. kahvi, tee, maito, mehu, kotikalja tai vesi)		
0 = alle 3 lasillista		
0,5 = 3 - 5 lasillista		
1 = enemmän kuin 5 lasillista		<input type="checkbox"/>
N. Ruokailu		
0 = tarvitsee paljon apua tai on syötettävä		
1 = syö itse, mutta tarvitsee hieman apua		
2 = syö itse ongelmitta		<input type="checkbox"/>
O. Oma näkemys ravitsemustilasta		
0 = vaikea virhe- tai aliravitsemus		
1 = ei tiedä tai lievä virhe- tai aliravitsemus		
2 = ei ravitsemuksellisia ongelmia		<input type="checkbox"/>
P. Oma näkemys terveydentilasta verrattuna muihin samanikäisiin		
0 = ei yhtä hyvä		
0,5 = ei tiedä		
1 = yhtä hyvä		
2 = parempi		<input type="checkbox"/>
Q. Olkavarren keskikohdan ympärysmitta (OVY cm)		
0 = OVY on alle 21 cm		
0,5 = OVY on 21-22 cm		
1,0 = OVY on yli 22		<input type="checkbox"/>
R. Pohkeen ympärysmitta (PYM cm)		
0 = PYM on alle 31 cm		
1 = PYM on 31 cm tai enemmän		<input type="checkbox"/>

Arviointi (maksimi 18 pistettä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seulonla (maksimi 14 pistettä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokonaispistemäärä (maksimi 30 pistettä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asteikko:		
1. yli 23,5 pistettä: hyvä ravitsemustila	<input type="checkbox"/>	
2. 17-23,5 pistettä: riski virheravitsemukselle kasvanut	<input type="checkbox"/>	
3. alle 17 pistettä: kärsii virhe- tai aliravitsemuksesta	<input type="checkbox"/>	
1. Ravitsemusanalyysi on hyvä lehdä kolmen kuukauden välein, vaikka ravitsemustila olisikin hyvä		
2. Kun riski virheravitsemukselle on kasvanut, on syytä selvittää seuraavat asiat:		
o Heikentääkö lääkitys ravinnonsaantia?		
o Onko asukkaalla vaikeuksia syömisessä, nielemisessä tai kotona asuvalle lisäksi ruoan hankkimisessa?		
o Vaikeuttaako dementia tai masennus ruokailua?		
o Onko ruokavalio yksipuolinen tai epätasapainoinen?		
o Onko asiakkaalla makuuhaavoja?		
o Keskustele havainnostasi lääkärin kanssa ja varmista, että asiakas saa tarvittavan opastuksen ja hänelle sopivan ruokavalion mahdollisine lisineen.		
o Seuraa tilannetta ja tee arvio uudelleen kolmen kuukauden kuluttua.		
3. Tee sama lisäselvitys kuin kohdassa 2. Selvitä virheravitsemuksen syy, kuten sairauden vaihe tai lisääntynyt ravinnon tarve. Ravitsemustilaan tulee puuttua välittömästi. Kliiniset ravinnovalmisteet ovat yleensä tarpeen.		

KIRJALLISUUS

Alberda C, Graf A, McCargar L. Malnutrition: Etiology, consequences, and assessment of a patient at risk. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 2006;20:419-39.

Aromaa A, Koskinen S. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002; 2002.

Balcombe NR, Sinclair A. Ageing: definitions, mechanisms and the magnitude of the problem. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 2001;15:835-49.

Bowling A, Ebrahim S. Glossaries in public health: older people. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:223-6.

de Groot CPGM, van Staveren WA. Undernutrition in the European SENECA studies. *Clin Geriatr Med* 2002;18:699-708.

Dean M, Grunert KG, Raats MM, Nielsen NA, Lumbers M. The impact of personal resources and their goal relevance on satisfaction with food-related life among the elderly. *Appetite* 2008;50:308-15.

Dwyer J. Childhood, youth and old age. Kirjassa: Garrow J, James W, toim. Human nutrition and dietetics. Ninth. painos. Singapore: Churchill Livingstone; 1993.

Era P. Fyysisen toimintakyvyn muutokset vanhetessa. Kirjassa: Kuusinen J, Heikkinen E, Huuhtanen P, Ilmarinen J, Kirjonen J, Ruoppila I, ym., toim. Ikääntyminen ja työ. Juva: Työterveyslaitos ja Werner Söderström Osakeyhtiö; 1994.

Gernet - Geriatrian kotisivu. Ravitsemustilan arviointi - MNA.

Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature--What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006;10:466-85; discussion 85-7.

Harman D. The aging process. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America: PNAS* 1981;78:7124-8.

Hasunen K, Klemetti S, Lyytikäinen A, Mäki K, Nurttila A, Rissanen P, ym. Vanhus, ruoka ja elämänlaatu. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1992:12; 1992.

Hayflick L. How and why we age. *Exp Gerontol* 1998;33:639-53.

Heidrich SM. The relationship between physical health and psychological well-being in elderly women: a developmental perspective. *Res Nurs Health* 1993;16:123-30.

Heikkinen E. Terveiden muutokset vanhetessa. Kirjassa: Kuusinen J, Heikkinen E, Huuhtanen P, Ilmarinen J, Kirjonen J, Ruoppila I, ym., toim. Ikääntyminen ja työ. Juva: Työterveyslaitos ja Werner Söderström Osakeyhtiö; 1994a.

Heikkinen E. Iäkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky. Kirjassa: Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J, toim. Suomalaisten terveys. Helsinki: Duodecim; 2005.

Heikkinen R-L. Sosiaalinen toimintakyky ja ikä. Kirjassa: Kuusinen J, Heikkinen E, Huuhtanen P, Ilmarinen J, Kirjonen J, Ruoppila I, ym., toim. Ikääntyminen ja työ. Juva: Työterveyslaitos ja Werner Söderström Osakeyhtiö; 1994b.

Horwath CC. Dietary intake studies in elderly people. *World Rev Nutr Diet* 1989;59:1-70.

Kansanterveyslaitos. Terveys 2000 [www-sivu]. Kansanterveyslaitos, <http://www.ktl.fi/terveys2000/indexx.html>. Helsinki, 2008.

Khaw KT. Healthy aging. *BMJ* 1997;315:1090-6.

Kiiskinen S. Yksin asuvien vanhusten selviytyminen ruokatalouden hoidosta [Pro gradu]. Helsinki: Helsingin yliopisto; 1994.

Korpela K, Valsta L, Pietinen P. Iäkkäiden suomalaisten ravinto. *Suom Laakari* 1999;54:4075-82.

Koskinen S. Vanheneminen sosiaalisesta näkökulmasta. Kirjassa: Kuusinen J, Heikkinen E, Huuhtanen P, Ilmarinen J, Kirjonen J, Ruoppila I, ym., toim. Ikääntyminen ja työ. Juva: Työterveyslaitos ja Werner Söderström Osakeyhtiö; 1994.

Koskinen S. Influence of chemosensory performance on flavor perception and food acceptance of the elderly. Helsinki: University of Helsinki; 2005.

Koskinen S, Aromaa A. Koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus. Kirjassa: Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002; 2002a.

Koskinen S, Aromaa A. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002; 2002b.

Koskinen S, Sainio P, Aromaa A, Toimintakykytyöryhmä. Avun ja kuntoutuksen tarve ja saanti. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002; 2002a.

Koskinen S, Sainio P, Gould R, Suutama T, Aromaa A, Toimintakykytyöryhmä. Toimintakyky ja työkyky. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002; 2002b.

Lahelma E. Ikääntyminen, sosiaalinen rakenne ja terveys. Kirjassa: Rahkonen O, Lahelma E, toim. Elämäntapa ja terveys. Tampere: Tammer-Paino Oy; 2002.

Lee Y. The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:123-9.

Lehmusoksa S. Tukiateriapalvelua saavien iäkkäiden henkilöiden ravitsemustila [Pro gradu]. Turku: Turun yliopisto; 2007.

Liimatta M, Berg M-A, Hasunen K. Eläkeikäisten ateriapalvelujen käyttö ja käyttöhalukkuus Suomessa 1993. Helsinki; Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1995:4; 1995.

Lord C. Dietary animal protein intake: association with muscle mass index in older women. The journal of nutrition, health & aging 2007;11:383-7.

Lowenstein R. Nutritional requirements of the elderly. Kirjassa: EA Y, toim. Nutrition, elderly, and health. New York: Alan R. Liss Inc; 1986.

MacIntosh C, Morley JE, Chapman IM. The anorexia of aging. Nutrition 2000;16:983-95.

Muurinen S, Soini H, Suur-Uski I, Peiponen A, Pitkälä K. Vanhainkotien asukkaiden ravitsemustila 2003. Helsinki; Helsingin kaupungin sosiaaliviraston julkaisuja 2003:6; 2003.

Männistö S, Montonen J, Pietinen P, Knekt P. Ravintokysely. Kirjassa: Heistaro S, toim. MENETELMÄRAPORTTI. Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B6/2005; 2005.

Niskanen L, Mykkänen H. Ravitsemus ja terveys ikääntyneillä. Gerontologia 1992;6:71-3.

Noro A, Häkkinen U, Arinen S. Ikääntyvien suomalaisten terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveystalvelujen käyttö vuonna 1996: tutkimustuloksia laitoksissa ja kotona asuvasta väestöstä. Helsinki: STAKES; 2000.

Nybo H. Predictors of mortality in 2,249 nonagenarians--the Danish 1905-Cohort Survey. J Am Geriatr Soc 2003;51:1365-73.

Nydahl M. Practical Health Promotion Intervention in Sweden "Food Classes for Old People". Bolus 2008;14-5.

Omran ML, Salem P. Diagnosing Undernutrition. Clin Geriatr Med 2002;18:719-36.

Paalanen L, Mannisto S, Virtanen MJ, Knekt P, Rasanen L, Montonen J, ym. Validity of a food frequency questionnaire varied by age and body mass index. J Clin Epidemiol 2006;59:994-1001.

Paturi M, Tapanainen H, Reinivuo H, Pietinen P, toim. Finravinto 2007 -tutkimus. The National FINDIET 2007 Survey. Helsinki; Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B23/2008.
http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b23.pdf; 2008.

Peto R, Doll R. There is no such thing as aging. BMJ 1997;315:1030-2.

Pirlich M, Lochs H. Nutrition in the elderly. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology 2001;15:869-84.

- Pitkälä K, Mäkelä M. Vanhusten proteiiniaravitsemus ja lihaskato. Suom Laakari 2000;1345-49.
- Pitkälä K, Suominen M, Soini H, Muurinen S, Strandberg T. Vanhuksen aliravitsemus ja sen hoito. Suom Laakari 2005;5265-70.
- Pitkälä K, Valvanne J, Kulp S, Strandberg T, Tilvis R. Paraneeko vanhusväestön terveys? Helsinkiläis-vanhusten toimintakyky ja avun tarve 1989 ja 1999. Suom Laakari 2000;2753-57.
- Prättälä R, Helminen P. Finnish meal patterns. Kirjassa: Somogyi J, Koskinen E, toim. Nutritional adaptation to new life-styles. Basel: Karger; 1990. s. 80-91.
- Päivärinta E, Haverinen R. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Helsinki; Stakes:Oppaita 2002;52; 2002.
- Rahkonen O. Vanhojen miesten ja naisten elintavat ja terveydentila. Kirjassa: Rahkonen O, Lahelma E, toim. Elämäkaari ja terveys. Tampere: Tammer-Paino Oy; 2002.
- Rahkonen O, Takala P. Terveydentilan ja toimintakyvyn sosiaaliset erot vanhoilla miehillä ja naisilla. Gerontologia 1997;11:282-91.
- Raulio S, Mukala K, Ovaskainen M-L, Lahti-Koski M, Sirén M, Prättälä R. Työaikainen ruokailu Suomessa. Kolmen valtakunnallisen seurantatutkimuksen tuloksia (PDF). Helsinki; Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2004.
URL:http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2004b3.pdf; 2004.
- Raulio S, Pietikäinen M, Prättälä R. Suomalaisnuorten kouluikäinen ateriointi. Ruokapalveluiden seurantareportti 2. Helsinki; Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B26/2007,
http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2007/2007b26.pdf; 2007.
- Rissanen L. Vanhenevien ihmisten kotona selviäminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen koettu tarve. Oulu: Oulun yliopisto; 1999.
- Rolls BJ. Do Chemosensory Changes Influence Food Intake in the Elderly? Physiol Behav 1999;66:193-7.
- Ruoppila I, Suutama T. Psykkisen toimintakyvyn muutokset vanhetessa. Kirjassa: Kuusinen J, Heikkinen E, Huuhtanen P, Ilmarinen J, Kirjonen J, Ruoppila I, ym., toim. Ikääntyminen ja työ. Juva: Työterveyslaitos ja Werner Söderström Osakeyhtiö; 1994.
- Räihä I. Vanhusten ravitsemus. Kirjassa: Aro A, Mutanen M, Uusitupa M, toim. Ravitsemustiede. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim; 1999.
- Sainio P, Koskinen S, Aromaa A, Terveys 2000 -tutkimuksen toimintakykytyöryhmä. Toimintakyky parantunut. Kansanterveyslehti,
http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2002/5-6_2002/toimintakyky_parantunut/. Helsinki, 2002.
- Schlettwein-Gsell D, Decarli B, De Groot L. Meal Patterns in the SENECA Study of Nutrition and the Elderly in Europe: Assessment Method and Preliminary Results on the Role of the Midday Meal. Appetite 1999;32:15-22.

Shephard R. Nutrition and the Physiology of Ageing. Kirjassa: EA Y, toim. Nutrition, ageing, and health. New York: Alan R. Liss Inc; 1986.

Sipilä S, Rantanen T. Lihaskiinto. Kirjassa: Heikkinen E, Rantanen T, toim. Gerontologia. Tampere: Kustannus Oy Duodecim; 2003.

Soini H. Nutrition in Patients Receiving Home Care [Doctoral thesis]. Turku: University of Turku; 2004.

Soini H, Juntunen S, Routasalo P, Sandelin E, Suominen M, Suur-Uski I, ym. Pitkääikaissairaiden ravitsemustila 2004. Helsinki; Helsingin kaupungin terveyskeskuksen tutkimuksia 2004:1; 2004.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi. Helsinki; Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1997:27; 1998.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Vanhuspolitiikka. Helsinki; Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 1999:4; 1999.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveystieteen edistämisen politiikkaohjelma. <http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/te-ohjelma/index.htm.i371.pdf>, 2007

Sosiaali- ja terveysministeriö. Ikäihmisten palvelut. <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/sospa/shvan/index.htm>. Helsinki, 2008a.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. In: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16; 2008b.

Stakes. Ikääntyneet [www-sivu]. <https://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Ikaantyneet/index.htm>. Helsinki, 2006.

Stakes. Ikääntyneet [www-sivu]. <https://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Ikaantyneet/index.htm>. Helsinki, 2008a.

Stakes. Indikaattoripankki SOTKANet 2005 - 2008. <http://uusi.sotkanet.fi>. Helsinki, 2008b.

Stump TE. The structure of health status among Hispanic, African American, and white older adults. The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences 1997;52 Spec No:49-60.

Sulander T. Functional ability and health behaviours. Trends and associations among elderly people, 1985-2003. Helsinki: University of Helsinki; 2005.

Sulander T, Helakorpi S, Nissinen A, Uutela A. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keuhkolla 2005 ja niiden muutokset 1993-2005. Helsinki; Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B1/2006; 2006.

Suomen Sydänliitto ry, Työterveyslaitos, Kotimaiset kasvikset ry, Joukkoruokailuselvitys sekä ehdotus joukkoruokailun seurantajärjestelmästä. Helsinki; Suomen Sydänliiton julkaisuja 2002:1; 2002.

Suominen H. Kehon rakenne ja koostumus. Kirjassa: Heikkinen E, Rantanen T, toim. Gerontologia. Tampere: Kustannus Oy Duodecim; 2003a.

Suominen H. Luuston kunto. Kirjassa: Heikkinen E, Rantanen T, toim. Gerontologia. Tampere: Kustannus Oy Duodecim; 2003b.

Suominen M. Ikäihmisen ravitsemusopas. Turku: Turun yliopiston täydennyskoulutuksen julkaisuja; 2006.

Suominen M. Nutrition and Nutritional Care of Elderly People in Finnish Nursing Homes and Hospitals. Helsinki: University of Helsinki; 2007.

Suominen M. Arvio kotipalveluaterioiden saajien määrästä koko Suomessa. Suullinen tiedonanto Susanna Rauliolle, 2008.

Thomas D. Undernutrition in the elderly. Clin Geriatr Med 2002;18:13-4.

Thomas DR. Vitamins in health and aging. Clin Geriatr Med 2004;20:259-74.

Tilastokeskus. Suomen väestö 2006 [www-sivu].
http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/2006/vaerak_2006_2007-03-23_tie_001.html, 2007a.

Tilastokeskus. Väestöennuste 2007-2040 [www-sivu].
http://tilastokeskus.fi/til/vaenn/2007/vaenn_2007_2007-05-31_tie_001.html, 2007b.

Vaarama M, Hakkarainen S, Laaksonen S. Vanhusbarometri 1998. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1999:3. Helsinki, 1999.

Vailas LI, Nitzke SA, Becker M, Gast J. Risk Indicators for Malnutrition are Associated Inversely with Quality of Life for Participants in Meal Programs for Older Adults. J Am Diet Assoc 1998;98:548-53.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Toimintaohjelma kansallisten ravitsemussuosittelujen toteuttamiseksi. Helsinki; Komiteamietintö; 2003.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Suomalaiset ravitsemussuosittelut - ravinto ja liikunta tasapainoon. Helsinki: Edita Publishing Oy; 2005.

Vanhala M, Hasunen K, Mertanen E, Nurtila A, Prättälä R, Koivisto P. Suurkeittiöiden tarjoaman ruoan ravitsemuksellinen laatu. Raportti joukkoruokailun seurantajärjestelmään luoduista ravitsemuskriteereistä ja niiden toteutumisesta julkisia ruokapalveluita tuottavissa suurkeittiöissä vuonna 2004. Helsinki; Suomen Sydänliiton julkaisuja 2004:1; 2004.

Vanhustyön keskusliitto ry. MNA-testin käyttöopas
http://www.vanhustyonkeskusliitto.fi/document.php?DOC_ID=165&SID=1.

Vellas B, Villars H, Abellan G, Soto ME, Rolland Y, Guigoz Y, ym. Overview of the MNA--Its history and challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-63; discussion 63-5.

WHO. Health and Ageing. A Discussion Paper.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_HPS_01.1.pdf. Geneva, 2001a.

WHO. International classification of functioning, disability and health : ICF.
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/9241545429.pdf>. Geneva, 2001b.

WHO. Active Ageing. A Policy Framework.
http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf. Geneva, 2002.

Voutilainen P, Vaarama M, Backman K, Paasivaara L, Eloniemi-Sulkava U, Finne-Soveri H. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Helsinki; Stakes ja STM. Oppaita 49; 2002.